

И. Б. Бовина

# **Социальная психология здоровья и болезни**

2-е издание, исправленное  
и дополненное



**АСПЕКТ ПРЕСС**

Москва

2008

**УДК 316.6:[613+616]**

**ББК 88.5**

**Б72**

Издание осуществлено благодаря финансовой поддержке,  
полученной автором в рамках программы «Гранты Президента  
Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых»  
(проект МК-455.2007.6)

**Р е ц е н з е н т ы:**

доктор психологических наук, академик РАО *А. И. Донцов*;

доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ

«Государственный научно-исследовательский центр

профилактической медицины» *В. Г. Вилков*

**Бовина И. Б.**

**Б72** Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина. — 2-е изд.,  
испр. и доп. — М.: Аспект Пресс, 2008. — 263 с.

ISBN 978–5–7567–0540–9

Монография посвящена социально-психологическому анализу проблем здоровья и болезни. Среди анализируемых теорий и концепций: теория социального сравнения, атрибутивные теории, модель убеждений о здоровье, теория социальных представлений... Автор опирается на положения теории социальных представлений для рассмотрения здоровья и болезни как социокультурных феноменов.

Книга адресована психологам, а также представителям социальных наук, изучающим проблемы здоровья и болезни.

**УДК 316.6:[613+616]**

**ББК 88.5**

**ISBN 978–5–7567–0540–9**

© Бовина И. Б., 2007, 2008.

## Предисловие

---

Проблемы здоровья и болезни привлекали пристальное внимание представителей социальных наук (культурной антропологии, социологии, психологии, философии) во второй половине XX века. В конце 1970-х годов физическое здоровье и физическая болезнь оказались той областью, где были не только приложимы, но *необходимы* знания социальных наук, в особенности социально-психологическое знание. Оно потребовалось для того, чтобы объяснить феномены и механизмы, связанные с практикой здорового поведения, пропагандой здорового стиля жизни, адаптацией к стрессу, разработкой эффективных кампаний против табакокурения или употребления наркотиков. Только медицинского знания оказывалось недостаточно для того, чтобы определить причину, при которой люди, годами придерживающиеся здорового образа жизни, вдруг перестали это делать, почему люди, зная о негативных последствиях своего поведения для здоровья, не перестают следовать опасной линии поведения, как улучшить отношение к людям, страдающим различными болезнями, и пр. Наряду с этим если бы население планеты перестало курить, то это снизило бы на 25% смертность от различных видов рака, спасло бы жизни сотен тысяч людей, умирающих от сердечных приступов каждый год<sup>1</sup>. Снижение веса на 10% всего лишь за счет соблюдения принципов правильного питания, а также выполнения физических упражнений снизило бы рост сердечно-сосудистых заболеваний, а также некоторых видов онкологических заболеваний [Taylor, 1990]. Ведение активного образа жизни спасло бы жизнь людям, умирающим от некоторых видов рака, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в 15% случаев. Очевидно, что поспособствовать улучшению этой печальной картины позволят профилактические программы и превентивные кампании, опирающиеся на знание о механизмах поведения, факторах изменения стратегии поведения.

На настоящий момент существует солидное число работ, выполненных преимущественно западными исследователями в рамках различных социально-психологических моделей. Те немногие исследования, которые учитывали социокультурный контекст, продемонстрировали специфику проблем здоровья и болезни в различающихся контекстах. В данной работе мы и предпринимаем попытку исследовать ряд проблем здоровья и болезни в русле социальной психологии с учетом особенностей русской культуры и социального контекста.

---

<sup>1</sup> 375 тыс. спасенных жизней приходилось бы на долю россиян, умирающих от различных форм рака, сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронического бронхита.

Монография содержит 6 глав. В первой главе речь идет о социокультурных и исторических особенностях представлений о здоровье и болезни. Во второй главе излагается критический анализ сложившихся традиций исследования здоровья и болезни в социальной психологии. Третья глава посвящена изложению теории социальных представлений, стоящей особняком в исследованиях здоровья и болезни в социальной психологии, однако имеющей богатый потенциал для исследования этой проблематики.

В трех эмпирических главах предлагается анализ проблем здоровья и болезни с точки зрения теории социальных представлений, той теоретической модели, которая позволяет принимать во внимание особенности русской культуры и социального контекста. Здесь излагается серия исследований, посвященных проблемам СПИДа. Эти результаты позволяют как говорить о специфике представлений о СПИДе и больных СПИДом, так и проследить динамику этих представлений.

Автор пользуется случаем выразить свою глубокую благодарность и признательность Г. М. Андреевой, Е. П. Белинской, Е. Блохиной, Ф. Бутере, А. И. Донцову, Е. М. Дубовской, С. Н. Ениколопову, Ю. М. Жукову, Э. Лаж, С. А. Липатову, Н. Г. Малышевой, О. Т. Мельниковой, С. Москвисе, Л. А. Петровской, Т. Г. Стефаненко, О. А. Тихомандрицкой, А. Ш. Тхостову, М. Эмару. Ваши советы и критика оказались чрезвычайно важными и помогли в работе над книгой. Кроме того, автор выражает искреннюю благодарность факультету психологии МГУ, а также Европейской ассоциации по экспериментальной социальной психологии, Дому наук о человеке (Париж), лаборатории по социальной психологии факультета психологии университета г. Гренобля (Франция), а также всем испытуемым, любезно согласившимся принять участие в наших исследованиях. Проведение исследований было бы затруднено без технической и организационной поддержки, осуществленной Е. А. Аксеновой, Н. Б. Березанской, Е. Б. Березиной, Е. Д. Берестневой, Б. Г. Бовиным, Т. М. Бовиной, Е. В. Власовой, Е. А. Володарской, О. А. Гулевич, Н. В. Дворянчиковым, Е. В. Зыряновой, Е. А. Киселевой, С. Кольпар, И. А. Краснополяским, А. Лоран, В. В. Нурковой, Т. Б. Пановой, А. И. Прихидько, А. М. Раковым, Л. М. Сааркопель, А. А. Шеколдиной.

— Что хуже рака? Проказа!  
Тяжелое грозное слово своими сильными звуками прозвучало в комнате как залп.  
Павел Николаевич миролюбиво поморщился:  
— Ну, как сказать? А почему, собственно, хуже? Процесс идет медленнее.  
Костоготов уставился темным недоброжелательным взглядом в светлые очки и светлые глаза Павла Николаевича.  
— Хуже тем, что вас еще живого исключают из мира. Отрывают от родных, сажают за проволоку. Вы думаете, это легче, чем опухоль?

*А. И. Солженицын. «Раковый корпус»*



## **СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ**

---

### **1.1. От бубонной чумы до «чумы XXI века»: коллективная угроза и индивидуальная защита**

Вся история человечества неизбежно связана с появлением, распространением и исчезновением разных болезней, с тем, как в обществе формировались и трансформировались представления о «здоровье» и «болезни», приобретая все более и более выпуклые социокультурные очертания [Николаева, 1995], с тем, как складывались и изменялись взгляды о самих больных, а также отношения и способы взаимодействия с ними. Люди всегда стремились понять болезнь, установить причины и определить ее значение, искали способы защиты от нее, используя самые различные средства. Проанализируем в исторической перспективе, как формировались представления о здоровье и болезни, о больных и здоровых, как появление и распространение различных болезней изменяло эти представления, оставляя в памяти людей неизгладимые впечатления. Такие следы эпидемий передаются из поколения в поколение, присутствуют в современном мышлении, актуализируясь в момент кризиса. Стоит только появиться новому, непонятному, угрожающему заболеванию (будь то распространение СПИДа, вируса Эболы, атипичной пневмонии или птичьего гриппа), как сразу в коллективной памяти оживают образы чумы, в общественном дискурсе возникают ассоциации с «черной смертью», холерой, «испанкой», проказой, сифилисом и др.

Каждой эпохе соответствовала та или иная болезнь, которая появлялась, распространялась, унося тысячи жизней, затем становилась более редкой и сходила на нет. Иногда болезнь возвращалась, унося все новые и новые жизни, как это было в случае чумы. Природа и способы распространения болезней варьируют в зависимости от эпохи, общества и конкретных социальных условий. Эпидемии различных болезней не только оставляли след в памяти людей о той или иной конкретной болезни, но накладывали отпечаток на представление о болезни и о больных в целом. Каждая эпидемия болезни добавляла новое знание, модифицировала эти представления, высвечивая отношения между *человеком* и *обществом*. Многие *страшные* болезни прошлого, хотя и появляются время от времени в каком-либо регионе планеты, уже не представляют той смертельной опасности для жизни всего человечества, как это было во времена эпидемий Средневековья.

**Чума и проказа.** Среди прочих болезней, угрожавших человечеству, именно чума оказалась той болезнью, которая символизировала средневековую эпоху и стала своего рода точкой отсчета при сравнении болезней. Каждый раз, когда широкое распространение получала та или иная болезнь, будь то холера, сифилис, туберкулез, «испанка», СПИД, в памяти людей неизбежно возникали ассоциации с чумой. Ее специфическими характеристиками были следующие.

*Во-первых*, численность погибших. Эпидемическими болезнями считались те, которые в одно и то же время настигали большое количество людей [Фуко, 1998]. В случае чумы люди умирали целыми семьями, хозяйствами, провинциями, сам исход был скоротечным, масштабным<sup>1</sup>, что делало чуму коллективным наказанием. Последствия других болезней, эпидемии которых также угрожали человечеству (например, холера и проказа), по сравнению с чумой были не столь масштабными. Холеру обозначили как «проклятье» грязных людей [Sontag, 1983]. Проказа представлялась скорее индивидуальным наказанием за грехи.

*Во-вторых*, смерть от болезни была внезапной, неизбежной, быстрой и реальной. Опять же, в противоположность этому, в случае проказы смерть была длительной, однако смерть социальная предшествовала смерти физической.

*В-третьих*, больные оказывались в изоляции, отделенными от общества. Несмотря на быстрое угасание больных, в их отношении предпринимались незамедлительные жесткие меры по изоляции. Отец бросал заболевшего сына, жена — мужа, брат — брата, в некоторых городах вводился

---

<sup>1</sup> В XIV веке бубонная чума, пришедшая в Европу из Центральной Азии, всего за несколько лет унесла жизнь примерно одной трети населения Европы. И хотя документальные источники этих времен достаточно редки, тем не менее у ученых есть основания считать, что это была первая пандемия со времен чумы IV века.

карантин, предпринимались различные меры по изоляции больных. Так, в Милане три семьи, заболевшие чумой, были замурованы в собственных домах. Здоровые предпринимали всевозможные меры по самоизоляции. В Венеции все прибывавшие корабли изолировались на отдельном острове. Вспышка эпидемии чумы в Марселе сопровождалась изоляцией этого города от остальной части Франции. Подобные меры лишь *незначительно* снижали количество заболевших. В случае проказы изоляция была иной: больные помещались в специальные учреждения (лепрозории).

Во время эпидемии проказы и чумы мало что известно о самих больных, об их индивидуальном опыте болезни, гораздо больше — о коллективных способах защиты, которые общество предпринимало, чтобы оградить себя от больных, изолировать источник распространения болезни.

Наконец, *в-четвертых*, это непредсказуемость и неожиданность болезни, что, безусловно, вызывало страх. Вспышки чумы возникали непредсказуемо, и так же они сходили на нет. Сходные черты были присущи «испанке», масштабы потерь которой превышали число погибших в Первой мировой войне. Однако она не «возвращалась», подобно чуме.

Врачи оказались бессильными перед лицом чумы, эпидемия которой охватила большую часть Европы в XIV веке, ибо не знали причину болезни и не имели никаких реальных мер по борьбе с ней. Самым больным предписывалось кровопускание, которое лишь усугубляло их состояние, применялись различные травяные настойки, которые не обнаруживали никакого эффекта. Превентивные рекомендации были самыми разнообразными: например, не употреблять в пищу мясо или рыбу, не спать после обеда. Предлагалось носить шарфы, защищающие от воздуха, через который передавалась, как думали в то время, болезнь. Помимо этого рекомендовалось использовать уксус, чеснок и пахучие травы, отпугивающие блох, которых считали переносчиками болезни. Любопытными кажутся рекомендации, согласно которым нужно не только не думать о болезни, но, наоборот, думать о чем-то позитивном, что способствует пребыванию в хорошем настроении<sup>1</sup>. Видя неэффективность лечения чумы такими мерами, некоторые врачи считали самым лучшим средством — *бегство*. Нередко сами врачи использовали его.

В случае проказы считалось, что тело человека разъедается изнутри, при этом болезнь остается долгое время невидимой<sup>2</sup>, но затем проявляется в виде гнойных пятен, которые уже невозможно скрыть [Ibid]. Больных изолировали в лепрозориях (зачастую находившихся на островах), в европейских странах решение об этом принимала церковь, служа мессу по больным так, как будто они были уже мертвы [Herzlich,

---

<sup>1</sup> Более действенными мерами оказывался вывоз нечистот, сжигание трупов, дезинфекция вещей и денег.

<sup>2</sup> Инкубационный период в среднем составляет 4–6 лет, возможны случаи и до 10–20 лет [Шахтмейстер, 1975].

Pierret, 1987]. Прокаженные исключались из общества, оно не взаимодействовало с ними и, таким образом, защищалось от болезни (считавшейся достаточно заразной<sup>1</sup>). Если же больным разрешалось *посещать* города, они должны были извещать о своем присутствии посредством трещоток, издающих шум, или посредством одежды, которая указывала на их опасность. Приближаться к здоровым им запрещалось. По мере ослабления болезни многие лепрозории в Европе получали подарки, что делало пребывание больных более комфортным. В XIV веке были даже зафиксированы случаи проживания здоровых людей в таких местах. Позже, в XVII веке, когда болезнь в Европе сошла на нет, лепрозории исчезли [Ibid].

Иным образом обстояло дело в случае чумы. Масштабы распространения и ее последствия сделали чуму «болезнью болезней». И хотя на смену чуме пришли другие болезни, также унесшие много жизней (например, холера), особенности их протекания и последствия были не столь ужасающими и тяжелыми, чтобы претендовать на символ, подобный тому, каким была чума.

Достаточно яркое описание протекания чумы можно найти в «Декамероне» Дж. Боккаччо: «Сколько больших дворцов, прекрасных домов и роскошных помещений, когда-то полных челяди, господ и дам, опустели до последнего служителя включительно! Сколько именитых родов, богатых наследий и славных состояний осталось без законного наследника! Сколько крепких мужчин, красивых женщин, прекрасных юношей, которых не то что кто-либо другой, но Гален, Гиппократ и Эскулап признали бы вполне здоровыми, утром обедали с родными, товарищами и друзьями, а на следующий вечер ужинали со своими предками на том свете!» [Боккаччо, 1985. С. 12]. Если чума появлялась в городе, то не было никакой возможности полностью и немедленно изолировать больных. Ее современники, не зная точной информации о чуме, поняли, что столкнулись с новой болезнью, которая вошла в их жизнь раз и навсегда [Бульст, 2000]. Чума имела последствия политического, экономического, демографического и социального характера. Они были столь сильны и драматичны (ибо во время средневековой эпидемии в различных городах погибало от 60 до 100% населения), что до конца XIX века в католических храмах Франции все еще можно было услышать молитвы, в которых люди просили: «A fame, a peste, a bello, libbera nos Domine»<sup>2</sup>.

В силу того что чума то появлялась, то исчезала и появлялась снова и снова, причем всегда неожиданно, непредсказуемо, через неопределенные промежутки времени, ее метафорически сравнивали с движением шахматного коня, который может продвигаться то вперед, то назад, затем, после

---

<sup>1</sup> Это один из мифов, который существовал в то время. По оценкам специалистов, проказа является одной из менее заразных инфекционных болезней [Chan, 2003].

<sup>2</sup> «Господи, спаси нас от голода, чумы и войны» [Mémoire de la France, 2003. С. 211].

нескольких ходов, неожиданно «есть» фигуры, которые ушли вперед. До конца XIX века природа этой болезни оставалась неизвестной.

Чуму уподобляли змее, ибо ее распространение по Европе походило на перемещение змей. Наряду с этим змея ассоциировалась с грехом, с чем-то дьявольским, что указывало на представления о природе этой болезни.

В России во время вспышки эпидемии чумы в конце XVIII века разразился «чумной бунт». Тогда в Москве дворовые, крестьяне, ремесленники, недовольные безработицей, голодом, закрытием мануфактур из-за карантина, отсутствием медицинской помощи, вышли на улицы и двинулись к Кремлю. Хотя восстание было подавлено, виновники были наказаны (казнены или отправлены на каторгу), но правительство было вынуждено предпринять меры в отношении как медицинской помощи, так и продовольствия для бедных слоев населения [Чумной бунт., 1978].

После эпидемий чумы человечество сталкивалось с другими страшными болезнями, уносившими многие жизни, но по социальной важности они не сравнимы с туберкулезом.

**Туберкулез.** В XIX веке значительное влияние на представление о здоровье и о болезни в целом оказал туберкулез (во многих языках для обозначения туберкулеза использовались понятия, указывающие на поглощение и иссушение тела индивида). С его распространением фигура больного становится *социальным феноменом*. Дело в том, что вплоть до появления туберкулеза больной находился в изоляции, исключался из общества, что являлось наиболее эффективным средством борьбы с болезнью. Теперь богатым источником информации о больных становятся их личная переписка, дневники, позволяющие как проследить развитие самой болезни, так и узнать о чувствах, переживаниях, мыслях самих больных, сопровождающих болезнь, об изменениях, обусловленных их новым статусом — «больные».

Изменение положения больных в связи с возникновением и распространением туберкулеза объяснялось тем, что, несмотря на то что туберкулез унес многие тысячи жизней, больной туберкулезом умирал теперь «индивидуально» и не так стремительно и внезапно, как в случае эпидемии чумы. Времени, «отпущенного» болезнью<sup>1</sup>, хватало на то, чтобы сформировать новую идентичность, а также быть воспринятым другими в новом качестве. Туберкулез<sup>2</sup> был одной из первых болезней, которая достаточно подробно изучалась и обсуждалась в медицинских кругах, одновременно с этим была представлена в произведениях художественной литературы своего времени (например, Т. Манн «Волшебная гора»,

---

<sup>1</sup> От 18 месяцев до 2 лет.

<sup>2</sup> Следы туберкулеза были обнаружены еще в египетских мумиях, однако своего апогея эта болезнь достигла в XIX веке.

Э. М. Ремарк «Три товарища», С. Моэм «Санаторий», И. С. Тургенев «Накануне», М. Ю. Лермонтов «Герой нашего времени» и др.).

До начала XX века способы борьбы с туберкулезом были многочисленными, но малоэффективными. Среди них были диета, отдых, гигиена и свежий горный воздух, пребывание в теплом и сухом климате. Для оздоровления больные стремились на юг (в Италию, в Крым, на юг Франции). Пребывание в санаториях становилось способом жизни, задавало новую идентичность, являясь своего рода отметиной, «читаемой» окружающими. У людей, проживающих в санаториях, был свой мир. В отличие от больных проказой, которых помещали в лепрозории (что оказывалось окончанием их социальной жизни, ибо люди оттуда не возвращались и едва ли могли покидать лепрозории, чтобы навестить своих родных и близких), больные туберкулезом не изолировались от общества. Они могли встречаться со своими друзьями и родными, даже покидать санатории. Широкое распространение туберкулеза отразилось на представлениях о здоровье и болезни в целом. Если здоровье теперь стало связываться с благополучием, удачей, способностью работать, то болезнь ассоциируется с неспособностью работать и необходимостью лечиться. Недуг задавал положение человека в обществе, что было особенно выразительно на примере больных туберкулезом. Иллюстрацию того, что больной имеет «права», отличающиеся от прав здоровых, можно найти в художественных произведениях. Вера, героиня повести М. Ю. Лермонтова «Герой нашего времени», имеет *особые права*, ибо она серьезно больна. Указание на особый статус больного прослеживается и в пословицах и поговорках, собранных В. И. Далем: «Больному закон не лежит. Больному посты разрешаются» [Даль, 2003. С. 272].

В отношении туберкулеза использовалась двойная мораль, говорилось о двух «типах» больных. С одной стороны, эта болезнь романтизировалась, ассоциировалась с грустью, считалась символом изящества и изысканности, ибо среди тех, кого она поразила, было немало известных людей из литературной, музыкальной, артистической среды (например, Ф. Кафка, А. Камю, А. П. Чехов, М. Горький, Ф. Шопен и др.). Ни одна болезнь ни до широкого распространения туберкулеза в XIX веке, ни после этого так не романтизировалась. Туберкулез делал свои жертвы слабыми и беспомощными. Больным приписывались какие-то особые характеристики: чувственность, страстность, талант, способности к творчеству. Туберкулез в данном случае оказывается «болезнью артистов». Считалось, что она делает их более печальными, более интересными. Отчасти формированию этого представления способствовал тот факт, что на поздних стадиях туберкулеза у больных зачастую отмечается хорошее самочувствие, склонность к эйфории, лихорадочная работоспособность и повышенная сексуальная активность. Взаимодействие врача с такими

пациентами основывалось не столько на лечении, сколько на обсуждении приемлемых для пациентов путей лечения.

С другой стороны, болезнь воспринималась как наказание. Это убеждение основывалось на том, что туберкулез был распространен среди бедных слоев населения, особенно среди рабочего класса, опасного для общества своей склонностью к революциям [Herzlich, Pierret, 1987]. В соответствии со статистическими данными, эта болезнь касалась в большей степени рабочего класса в силу условий проживания и работы. Однако в отношении туберкулеза биологическая реальность дополнялась иной социальной реальностью. Считалось, что болезнь распространяется «благодаря» скверным привычкам рабочего класса: несоблюдение гигиены, пассивное, даже безразличное отношение к ужасной болезни. Врач, взаимодействуя с больными, оказывается в доминирующей позиции, ибо он наделен научным знанием и социальным статусом, что позволяет ему предписывать больным соответствующее лечение и поведение. Уже здесь образ жизни рассматривается в качестве причины болезни.

Эти два «типа» больных разделены во времени, так как широкое распространение среди бедных слоев населения туберкулез получил в конце XIX века. К этому времени медицинского знания было достаточно, чтобы говорить об инфекционной природе болезни.

В случае больных туберкулезом имеются разнообразные литературные источники о том, как эти люди жили, переживали, что думали и чувствовали в связи с болезнью, тем не менее эта информация частична и касается первого «типа» больных. Можно проследить, как по мере развития болезни исчезает ее романтичность, сами больные испытывают шок, связанный с невозможностью работать как прежде [Ibid]. В конце XIX — начале XX века основными характеристиками внешности роковой женщины были бледность и худоба. Внешний вид, сходный с видом туберкулезного больного, рассматривался как знак отличия.

В настоящее время факт заболевания туберкулезом является указанием на социальный статус больного (например, человек без определенного места жительства) или на наличие у него другой болезни (по данным ВОЗ, с появлением СПИДа повысилась заболеваемость туберкулезом) [Доклад о глобальной..., 2006].

**Сифилис.** Вплоть до XIX века болезнь и здоровье рассматривались через призму борьбы добра и зла. Болезнь считалась указанием на зло, здоровье — на добро, разве что туберкулез составил некоторое исключение. С легитимизацией медицины болезнь перестала принадлежать к метафизике добра и зла, теперь она все больше связывается с необходимостью распознавания и лечения, нежели с наказанием. И хотя эта трансформация произошла к XIX веку, но сохранились некоторые исключения. Таким исключением оказалась «стыдная болезнь» — сифилис. Эта

болезнь не была символом смерти своей эпохи, как это было в случае чумы или туберкулеза, но она стала синонимом вульгарности, чего-то ужасного и отвратительного; окруженная моральным осуждением, она ассоциировалась с «загрязнением», с отступлением от заповедей Господа Бога. Больные представлялись «мерзкими», деградирующими, поврежденными<sup>1</sup>. К теме этой болезни обращались писатели XIX века (Г. Ибсен, А. Доде и др.).

В дискурсе того времени присутствовала триада, представляющая серьезную угрозу обществу: туберкулез, алкоголизм, сифилис. Первая болезнь являла собой символ смерти того времени, вторая связывалась с образом «опасных людей», третья же указывала на биологическую и социальную опасность. Прогресс научного знания, выявление причин заболевания и создание средств для лечения болезни в значительной степени изменили представление как о сифилисе (он не угрожает обществу так, как это было в XIX веке), так и о больных (они более не преступники, но люди, которым требуется медицинская помощь). И все же пугающие образы, связанные с сифилисом, по-прежнему встречаются на уровне обыденного сознания, хотя и в трансформированном виде. Сегодня это заболевание все еще хранит в себе следы социальной угрозы обществу, его нормам и устоям, ибо также свидетельствует о каком-то определенном сексуальном поведении: например, о наличии многочисленных небезопасных сексуальных контактов. В брачных отношениях заболевание одного партнера сифилисом ставит под сомнение верность этого партнера и оказывается указанием на наличие у него внебрачных отношений. Разговор о сифилисе, как и о других болезнях, передаваемых половым путем, является вторжением в частную жизнь индивида, в его сексуальные отношения. Эта болезнь имеет какой-то особенный смысл по сравнению с другими болезнями.

В Россию сифилитическая болезнь была занесена в XVI веке, затем она «наносила опустошения в черном народе» [Костомаров, 2001. С. 133], передавался сифилис в значительной степени не половым, но бытовым путем<sup>2</sup>. В конце XIX века жители целых деревень страдали ею, передавая болезнь от одного члена семьи другому, от соседа соседу, от жителей одних деревень жителям других (что происходило во время каких-либо массовых гуляний и празднований) [Привалова, 2000]. И в этом случае сифилис указывает не столько на особенности сексуального поведения,

---

<sup>1</sup> Акцент ставился на аморальности больных, на физических признаках — будь то сыпь или деформация носа. Однако болезнь имела и другой аспект, который едва ли широко представлен на уровне обыденных представлений, — снижение интеллектуального уровня больного. В дневниках Э. де Гонкура находим описания, полные трагизма, рассказывающие о том, как развивалась болезнь его брата, как осмысленное, полное иронии выражение сменяется маской слабоумия [Herzlich, Pierret, 1987].

<sup>2</sup> На второй стадии развития болезни она может передаваться и при бытовых контактах.

сколько на условия жизни<sup>1</sup>, в которых проживало крестьянское население России.

Достаточно ярко отношение к заболеванию сифилисом изображает М. А. Булгаков в повести «Звездная сыпь»: «Ах, я убедился в том, что здесь (в том заброшенном уголке, где оказался молодой врач. — *И. Б.*) сифилис тем и был страшен, что он не был страшен» [Булгаков, 1991. С. 18]. Как отмечали земские врачи, эпидемии различных болезней в России конца XIX — начала XX века — явление социально-биологическое. Попытки введения обязательного учета и изоляции больных в то время были отклонены большинством врачей как меры, которые будут иметь обратный эффект, ибо страх перед обязательным лечением станет способствовать сокрытию болезни. В советскую эпоху сифилис считался указанием на моральный облик больного, за распространение болезни предусматривалась уголовная ответственность (до 3 лет или до 1 года исправительных работ), больных могли подвергнуть принудительному лечению.

В России конца XIX века, где большинство составляло крестьянское население, ситуация в связи со здоровьем и болезнью складывалась иным образом, чем в Европе, ибо по-прежнему, как и в средневековые времена, считалось, что болезнь является Божьим наказанием за грехи, значит, и переноситься должна со смирением. Санитарные меры, а также дезинфекцию зачастую рассматривали как главную «заразу». При лечении тех или иных болезней люди полагались все на те же способы, что и во времена Мономаха, — домашние средства и знахарей. Особым средством лечения была баня. К врачам, к которым относились с определенной долей недоверия, обращались в последнюю очередь, хотя и сами врачи во многом опирались на народный опыт при лечении болезней [Привалова, 2000].

Как отмечалось в трудах гигиениста Г. Хлопина, «осознание, что здоровье есть общественное благо, подлежащее защите общества или государства, явилось прежде, чем каждый член общества из развитого чувства самосохранения научился ценить свое здоровье для себя лично» [цит. по: Демографическая модернизация России..., 2006. С. 22], т.е. в отношении здоровья имеет место «патерналистическое» сознание, индивидуальное слабо развито. Присутствовали некоторая обреченность, фатализм в отношении здоровья и болезни. Среди пословиц и поговорок, собранных В. И. Далем, обращает на себя внимание следующая: «Не дал Бог здоровья — не даст и лекарь» [Даль, 2003. С. 274].

Отношение к смерти также было достаточно пассивным, покорным, что объяснялось не только экономическими, социальными, но и *культурными* факторами. Особенно это касалось детской смертности: «Умрут, так новые родятся», «Бог дал — Бог взял» [Демографическая модернизация...

---

<sup>1</sup> Сифилис — это болезнь быта, что и было отмечено на 1-м съезде Пироговского общества (1885) В. М. Тырановским. Крестьяне не знали о причинах ее возникновения и способах передачи, их не тревожила внезапно возникающая сыпь [Привалова, 2000].

ция России., 2006. С. 23]. Требовались активность, определенные действия по борьбе с болезнями, со смертью. Однако это было «исторически новое явление» в Западной Европе, в России такое отношение к болезни и смерти не сформировалось на тот момент, ибо это «одно из фундаментальных звеньев культурной традиции», которое не может быть изменено за короткое время [Там же. С. 24].

Наряду с этим в конце XIX и начале XX века в России, а также в различных западноевропейских странах стали создаваться общества, лиги, организации, основной целью которых была коллективная борьба против той или иной болезни (туберкулез, рак, сифилис), разработка и реализация превентивных мер. Существование подобных организаций только лишь раз демонстрировало, что здоровье и болезнь приобретали достаточно важное социальное значение, указывало на то, что общество пыталось установить контроль за распространением и профилактикой болезней.

**Рак.** Болезнь, которая воспринималась как символ смерти вплоть до распространения СПИДа в начале 1980-х годов, — рак. Он стал символом смерти тогда, когда другие болезни оказались не столь распространенными, не столь «сильными» для того, чтобы претендовать на него. Туберкулез перестал быть символом смерти, ибо была выявлена его природа и открыты способы лечения. Рак оказался современной болезнью, отличной от тех, которые были известны с античных времен, хотя до открытия Р. Кохом в 1882 году бактериальной природы туберкулеза, рак и туберкулез рассматривались как одна и та же болезнь. В XVIII–XIX веках рак считался заразным [Moulin, 2006].

Любопытны метафорические описания, использовавшиеся в отношении этих болезней. Туберкулез ассоциировался с поглощением, иссушением организма, рак описывался как вторжение в организм «чуждых» клеток. Если туберкулез — это болезнь времени, с ее течением больной постепенно увядает, то рак — это болезнь пространства, она вторгается в организм человека извне, захватывает все новые и новые «пространства» организма, поражает новые органы. Туберкулез имеет «обманчивые» признаки, которые едва похожи на болезнь: временами больной чувствует себя *как будто бы здоровым*, в такие моменты он бодр, у него возникает здоровый аппетит, повышенная сексуальная активность, на лице — румянец. Правдивые же признаки туберкулеза проявляются тогда, когда при кашле в мокроте появляются следы крови. Прототипическим признаком туберкулеза является кашель, хотя и не все больные кашляют, но мифология настаивает на этом признаке. У рака присутствуют только «правдивые» признаки — бледность, уплотнения в области возникновения опухоли, боли, усталость, он скорее является десексуализирующей болезнью [Sontag, 1983].

По распространенной ранее практике (не только в СССР, где до определенного момента эта болезнь оказывалась вне публичного обсуждения,

но и в ряде европейских стран, где проблемы заболевания раком были достаточно широко представлены в общественном дискурсе) семья больного узнавала о болезни раньше его самого. Примечательно сравнение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями с больными раком. В первом случае никто не скрывает правду от больного, в этом диагнозе нет ничего стыдного, в то время как больных раком обманывают, ибо, как отмечает С. Сонтаг, это нечто злое, противное [Ibid].

**СПИД.** В начале 1980-х годов в США была зафиксирована новая болезнь, которая, затмив рак, стала новым символом смерти. Если «в течение нескольких поколений смерть от рака воплощала общую идею смерти и поражения», то «сегодня главный враг жизни и надежды — СПИД» [Sontag, 1989. С. 21]. Насколько позволяют судить эмпирические данные, в период с 1984 по 1988 год СПИД был синонимом быстрой смерти [Pierret, 2001].

В самом начале эпидемия этой болезни вызывала панический ужас: с одной стороны, она была чем-то совершенно новым — случаев этой болезни не было зафиксировано раньше<sup>1</sup>, с другой — явилась возвращением к «несовременным», *страшным* средневековым болезням, ибо причины и способы ее распространения были неизвестны, проявления — разнообразны, средства излечения — отсутствовали. Как следствие, она оказывалась непредсказуемой болезнью, потенциально угрожающей миру большим количеством жертв. В начале эпидемии СПИДа его происхождение приписывалось «достижениям» ученых<sup>2</sup>. Вирус был слишком совершенным, чтобы иметь естественное происхождение. К тому же уровень развития научного знания и технология вполне допускают создание такого вируса, своего рода биологического оружия. Респонденты высказывали предположение в отношении причастности лабораторий ЦРУ к созданию вируса [Paicheler, Quemén, 1994]. Новым в болезни было и то, что наряду с эпидемией самой болезни шла социальная эпидемия, связанная с дискриминацией и стигматизацией больных.

СПИД тесно связывается со *стигмой*. Этот древнегреческий термин указывает на знак или отметину, вырезанную или выжженную на теле человека, характеризующую его как «дефектного» в моральном плане. В своей книге И. Гофман использует это понятие применительно к психически больным [Goffman, 1963]. Социальную стигму можно определить как некоторый атрибут, который сильно дискредитирует его обладателя в наших умах по сравнению с нормальным человеком. Получается, что стиг-

---

<sup>1</sup> Позже ученые предположили, что ряд смертей от непонятной болезни, которые были зафиксированы еще в 1970-х годах, стали первыми случаями СПИДа, однако официально считается, что СПИД появился в начале 1980-х годов в среде гомосексуалов.

<sup>2</sup> Вспомним о пугающем образе ученого, выявленном в ряде западных исследований [Бовина, Драгульская, 2006].

матизация подразумевает обозначение группы или индивида как отличающегося или девианта. Причем индивид, имеющий этот атрибут, не просто *другой*, общество оценивает крайне негативно этот атрибут.

Стигма является не индивидуальным конструктом, но разделенным социальным знанием, по своей сути она оказывается способом совладания со страхом, связанным с возможностью заражения в результате контакта с больным. Последствия стигмы можно представить в виде континуума различного рода действий: от более нейтральных, как, например, молчание, до более негативных — в виде остракизма и актов насилия.

Стигма может быть связана с *физическим дефектом*, а также с *дефектом индивидуального характера* (эти дефекты характера возникают, например, в результате психического заболевания, алкоголизма, тюремного заключения, безработного статуса индивида или гомосексуальной ориентации), наконец, с *родовой стигмой* (это дефект, обусловленный принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, причем это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) [Ibid]. Стигма затрагивает социальную идентичность индивидов, «портит», обесценивает ее в глазах других. И. Гофман предлагал различать два типа стигмы: нескрываемую (видимую) и скрываемую (невидимую). Те, кто имеет отпечаток стигмы первого типа, вынуждены постоянно быть готовыми противостоять обесцениванию со стороны тех, кто не имеет такого знака. Видимая стигма может нам сообщать о наличии у индивида какого-либо заболевания, об опасности, которую он представляет для окружающих. Этот аспект стигмы хорошо демонстрирует идея, высказанная Кальвином, заметившим в отношении чумы, что это болезнь души, а она (душа) так устроена, что может заразить тело, тогда по телесным проявлениям можно узнать о состоянии души. Таким образом, чума оказывается нескрываемой стигмой, свидетельствующей об «испорченности», «дефектности» души индивида.

Те же, чья стигма скрывается, могут избегать девальвирования со стороны других столь долго, сколь долго они могут скрывать ее, их статус не отличается от статуса остальных. Однако как только их стигма становится видимой, их статус изменяется, они оцениваются окружающими как обладатели стигмы.

Представления о связи болезни с каким-то физическим дефектом восходит к эпохе эпидемий, когда болезнь считалась видимой и «читаемой» на теле больного. Считалось, что при холере тело должно «позеленеть и рассыпаться», чума получила название «черной смерти» из-за цвета бубонов, возникающих на коже, проказа давала о себе знать посредством гнойных пятен, сифилис — посредством сыпи. Позже, когда болезни перестали оставлять видимые отметины на теле, представление о стигме трансформировалось, болезнь стала, скорее, знаком социального статуса. Человека, имеющего признак стигмы, необходимо избегать, ибо он может принадлежать к асоциальной группе, его соци-

альная идентичность ставит под сомнение его человеческую природу. Иными словами, стигма определяет то, как к этому человеку относятся другие [Ibid]. Как отмечал Гофман (1963), болезни, связанные в высокой степени со стигмой, обладают рядом общих атрибутов: 1) индивиду приписывается ответственность за болезнь; 2) сама болезнь — неизлечима, она прогрессирует со временем; 3) люди не имеют четкого понимания этой болезни (причины, способы передачи инфекции и пр.); 4) симптомы болезни невозможно скрыть от остальных.

Исследование по информированности о СПИДе по методике КАВР<sup>1</sup> было впервые проведено в Москве в 2003 году (в других странах серии таких исследований проводились еще в конце 1980-х годов). Выборку московского исследования составили респонденты в возрасте от 15 до 50 лет. Если практически все — 99% респондентов информированы о том, как происходит заражение ВИЧ-инфекцией (посредством половых контактов без презервативов, а также посредством повторного использования шприца как в случае использования наркотиков, так и в случае медицинских процедур), то они менее информированы о том, как ВИЧ-инфекция не передается (посредством поцелуя или через укусы кровососущих) [Основные результаты..., 2003]. В исследовании, проведенном в США в 1999 году, были получены сходные результаты [Herek, 2002b].

Наконец, если симптомы ВИЧ-инфекции скрываются, то симптомы болезней, сопровождающих эту инфекцию, не могут быть скрыты. Стигма, связанная со СПИДом, проявляется в виде предубеждений, дискредитации людей, воспринимаемых как ВИЧ-позитивных, а также индивидов, групп, связанных с ними. Так, люди, связанные со стигматизированными индивидами (например, их семья, друзья, добровольцы и социальные работники, помогающие им), также подвергаются стигматизации<sup>2</sup>.

Крайние формы проявления стигмы — изоляция и публичное выявление ВИЧ-позитивных. Стигматизация, связанная с эпидемией СПИДа, — *универсальное* явление, однако представляется возможным говорить о некоторых особенностях ее проявления, что, очевидно, определяется не только культурой в том или ином отдельном случае, но и этапом развития эпидемии.

Исследования стигмы, связанной со СПИДом, позволяют различать инструментальную и символическую стигму [Herek, 2002a]. *Инструментальная стигма* основывается на страхе, ибо болезнь смертельно опасная, которой можно заразиться. *Символическая стигма* подразумевает использование болезни в качестве средства выражения враждеб-

---

<sup>1</sup> КАВР (*knowledge-attitudes — beliefs-practices*) — знания—аттитюды—убеждения—поведение.

<sup>2</sup> Исследования среди тех, кто вовлечен в различные формы благотворительной активности в пользу больных СПИДом/ВИЧ-позитивных, показывают, что эта стигма оказывается серьезным препятствием на пути данной деятельности [Snyder, Omoto Crain, 1999].

ности по отношению к группам, которые подвергались стигматизации. Выше мы уже говорили о том, что стигматизация больных потенциально указывает на способы взаимодействия с ними или на действия в отношении этой категории людей. Таким образом, стигма иллюзорно защищает индивида от опасности заражения СПИДом. Ведение различных превентивных кампаний и широкое публичное обсуждение проблемы способствует дестигматизации больных.

Если обратиться к истории эпидемий, то можно заметить, что по мере установления этиологии болезни и появлялись эффективные способы ее лечения, снижалась стигматизация больных. Именно так происходило в случае чумы, холеры и сифилиса. Возможно, аналогично будет развиваться ситуация и в отношении больных СПИДом.

Существование социальной эпидемии болезни, стигматизации больных, а также отсутствие способов излечения от СПИДа в сочетании с тем, что срок жизни, подобно тому, как это было с большими туберкулезом в XIX веке, позволяет сформировать новую идентичность и быть воспринятым в этом качестве окружающими, — все это привлекло внимание не только медиков, но и специалистов в области социальных наук (антропологов, социологов, психологов), в особенности в самом начале эпидемии. В настоящее время болезнь продолжает вызывать интерес представителей социальных наук, но фокус анализа немного сместился. Теперь объектом исследования становятся преимущественно люди, живущие с ВИЧ / СПИДом.

СПИД стал болезнью, изменившей мир, причем характер этих перемен касался разных сфер общественной жизни, а также имел свою специфику в различных странах и культурах и, соответственно, свои последствия. Одним из самых важных моментов было то, насколько быстро после распространения болезни она была официально «признана» как нечто угрожающее, какие меры предпринимались после этого в целях обеспечения населения доступной информацией в отношении болезни и формирования терпимого отношения к тем или иным группам. Ситуация, сложившаяся в России в связи с возникновением и распространением СПИДа, по ряду причин сильно отличается от оной в западных странах, эта специфика будет проанализирована в четвертой главе.

На Западе СПИД появился в начале 1980-х годов и сразу же был воспринят как угроза. Важную роль в создании образа смертельно опасной болезни сыграли СМИ, где появлялась противоречивая и пугающая информация о болезни и больных, что вызвало настоящую панику. Были зафиксированы многочисленные случаи обращения к врачам пациентов, убежденных в том, что они ВИЧ-позитивны. Хотя это не соответствовало реальности, переубедить их было невозможно [Strong, 1990].

В 1984 году появился мета-дискурс в отношении СПИДа, возник так называемый «эффект СПИДа», когда обсуждалась не сама болезнь как она есть, а реакции, которые она вызывает, слухи, которые она про-

воцирует. Возникновение мета-дискурса указывает на то, что СПИД превратился в социальный феномен. К особенностям дискуссии о болезни в западных СМИ начала эпидемии можно отнести то, что, говоря о СПИДе, по сути, говорили о *других*, об их поведении, о том, какую угрозу они представляют. Таким образом, болезнь стала обозначать угрозу не только телу человека, но его ценностям, культуре конца XX века.

Страх болезни был достаточно сильным. По данным исследования, проведенного в США в 1999 году среди студентов медицинских школ, треть опрошенных считали, что они имеют право отказаться в помощи больным СПИДом, выдвигая в качестве аргумента свой собственный страх быть инфицированными [Chan, 2003].

Сразу после своего появления СПИД оказался в центре общественной дискуссии. В большинстве западноевропейских стран, в США и в Австралии стали предприниматься многочисленные исследования представителями социальных наук, реализовывались различные превентивные программы. Наряду с этим стали создаваться добровольные организации и ассоциации, чья активность была направлена не только на информирование представителей различных групп населения об опасности СПИДа, о способах его распространения и защиты от него, но и на лоббирование прав ВИЧ-позитивных, на оказание влияния на клинические исследования в области разработки вакцины, а также на социальную политику и на дестигматизацию самих больных [Barbot, 2000; Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000]. Их деятельность оказала влияние и на социализацию больных. Массовые кампании по борьбе со СПИДом под лозунгом «Молчание — смерть» способствовали мобилизации общества на борьбу с болезнью. Одна из ассоциаций по борьбе со СПИДом, достаточно радикальная по своим взглядам и действиям, — Act Up (AIDS coalition to Unleash Power), возникшая в США в 1987 году, активно боролась против использования понятия стигматизации больных, против использования категории «группы риска» в связи со СПИДом, за разработку вакцины и доступность любых медицинских средств, способных улучшить состояние ВИЧ-позитивных, за установление симметричных отношений между врачом и пациентом. В результате ее активных действий понятие «группы риска» исчезло из общественного дискурса в США, ВИЧ-позитивные получили возможность контролировать ход клинических исследований по разработке вакцины, цены на терапевтические средства были снижены [Epstein, 1996]. Им также удалось немного трансформировать асимметричную модель взаимодействия «врач — больной», где врач — это эксперт, наделенный властью по отношению к больному. Дело в том, что в начале эпидемии СПИДа больные оказались более информированными (экспертами по опыту), чем сами врачи. Как следствие этого, больные получили *право* на более равноправную позицию во взаимодействии с врачами [Pierret, 2001].

Можно даже говорить о некоторой модификации образа больного в целом, здесь появляются коннотации с его активностью [Mellucci, Avritzer, 2000]. Наряду с этим представители ассоциации Act Up активно выступали за необходимость публичного признания собственной гомосексуальности. ВИЧ-позитивные члены ассоциаций по борьбе со СПИДом оказались своего рода свидетелями коллективной истории, готовые предостерегать других об опасности заражения СПИДом. Их рассказы имели важное значение не только для здоровых, но и для них самих, так как позволяли им осмыслить свой опыт болезни, придать смысл этому опыту, сконструировать новую идентичность.

Печатные СМИ, заявившие о появлении нового феномена в области патологии, постепенно описали особенности этой болезни. Они способствовали переходу информации о болезни из научного и медицинского регистра в социальный, затронув в этой дискуссии основные механизмы социального функционирования. Индивидуальное событие было сконструировано как коллективная реальность. В западных странах пресса способствовала поляризации общества в отношении болезни. Участники этой полемики по проблемам СПИДа занимали определенную позицию, что в итоге привело к разбегу общества на различные группы. Звучала даже крайняя позиция: изолирование больных в специальных лечебницах [Herzlich, 2002].

Возникновение и распространение СПИДа связывается еще с одной острой проблемой западных стран: как в ситуации возрастающей тревоги за общественное здоровье не ущемить личных свобод индивида, ибо общественные интересы в данном случае вступали в конфликт с частными интересами. Постепенно, благодаря глобальным кампаниям и активной роли массмедиа, это противоречие было сглажено, вместо объединения против больных общество сплотилось против самой болезни [Ibid]. Если угроза «холодной войны» перестала быть реальной во второй половине 1980-х годов, то широкое распространение СПИДа вновь указало на то, что мы живем в «обществе риска». Эпидемия этой болезни свела на нет оптимизм по поводу «победы» медицины над инфекционными заболеваниями, возникший в 1980-х годах. Таким образом, СПИД получил свою реконтекстуализацию, превратившись в проблему не только медицинского, но социального, экономического, юридического плана. Болезнь указала на важность вмешательства государства в связи с защитой здоровья граждан, обеспечением их безопасности. Дискуссия об этом недуге далеко вышла за рамки внутригосударственной проблемы, на особый статус болезни указывает существование Всемирного дня борьбы со СПИДом (1 декабря), а также Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа (третье воскресенье мая).

Эпидемия СПИДа требовала самых активных действий в двух направлениях: с одной стороны, незамедлительных шагов по разработке

вакцины и различного рода терапий против ВИЧ-инфекции<sup>1</sup>, с другой — решительных мер в связи с социальной эпидемией, стигматизацией и дискриминацией больных. Активность в этих двух направлениях имела следующие последствия. Во-первых, с разработкой комплексных терапий в середине 1990-х годов возникла возможность замедления развития болезни, стали применяться новые терапевтические средства, удалось блокировать воспроизведение вируса таким образом, что у значительной части пациентов вирус хотя и не исчезал совсем, но стал невыявляемым [Ibid]. Парадоксально, но именно в это самое время участились новые случаи выявления ВИЧ-позитивных. Во-вторых, в результате многочисленных кампаний по борьбе со СПИДом, реализации самых активных действий со стороны различных ассоциаций по борьбе со СПИДом, появления программ, фильмов, книг, рассказывающих о судьбах больных, представления о больных и отношение к ним в западных странах к концу 1990-х годов заметно трансформировались. Действительно, в самом начале эпидемии вырисовывался следующий обобщенный портрет больного: скорее всего молодой мужчина, образованный, представитель среднего класса. Чуть позже, в середине 1990-х годов, в западных массмедиа можно было различить три образа больных СПИДом: *первый* — мужчина гомосексуальной ориентации, виноватый в своей болезни и наказанный за это. *Второй* — женщина гетеросексуальной ориентации, невинная жертва, зараженная своим партнером, или случайно зараженные дети. Наконец, *третий* — разносчик СПИДа, злонамеренно или легкомысленно распространяющий болезнь (зачастую наркоман или бисексуал). В конце 1990-х годов вместо этих трех образов больных возникают новые персонифицированные образы. *Один* — спортсмен Грег Луганис. На многочисленных фотографиях он был запечатлен плачущим, чем снискал симпатию как рассказавшийся. *Второй* — Мэджик Джонсон. Он заявлял о своей болезни в массмедиа, говорил о многочисленных сексуальных контактах, назвав болезнь своей главной ошибкой. Наряду с этим большое внимание уделялось тому, что он имеет *здоровый* внешний вид, активно противостоящий болезни и отчаянию, он не сломлен и продолжает жить. Наконец, *третий*, изображенный в массмедиа разносчик СПИДа, по халатности или неряшливости заражающий других, представлен мужчинами или женщинами гетеросексуальной ориентации, имеющими случайные сексуальные связи, а также медицинскими сестрами, заражающими своих пациентов. Если первые два образа вызывали сожаление в одном случае и надежду — в другом, то третий образ вызывал крайне негативное отношение, это источник опасности для окружающих [Lupton, 1999].

---

<sup>1</sup> Примечательно, что активные действия в связи с поиском разрешения проблемы СПИДа инициировали активность медиков и в отношении других болезней [Herzlich, 2002].

Через двадцать лет после того, как официально были зафиксированы первые случаи СПИДа, портрет больного в западных странах стал иным: это и мужчины гетеросексуальной ориентации, и женщины, и дети... Заметно изменился и образ самой болезни, он, как отмечает К. Эрзлиш, даже стал *стираться*. Стал снижаться интерес к болезни, она перестала занимать первые страницы печатных СМИ, ощутимо снизилась роль общественных организаций и ассоциаций по борьбе со СПИДом. Если в начале эпидемии роль ассоциаций была крайне важна, с их позицией считались при разработке превентивных программ, то теперь они перестали быть влиятельными. На уровне политических решений у болезни появились *конкуренты*, требующие усилий в области общественного здоровья [Ibid].

С начала эпидемии СПИДа в западных странах в 1981 году и до 1990-х годов СПИД отождествлялся с коллективной смертью. В период с 1990 по 1996 год он сформировался как феномен коллективной смерти, который обладает следующими характеристиками: 1) событие вызывает определенный резонанс в обществе; 2) событие имеет собственное имя (например, Чернобыль, Хиросима, СПИД), которое придает смерти людей однозначное и разделенное измерение, оно касается нас не только здесь и сейчас, но потенциально угрожает будущим поколениям; 3) событие связывается с нарушением привычных связей нашей повседневной жизни, это угроза извне, требующая немедленного вмешательства, действий; 4) событие конструируется как нечто угрожающее телу разрушением, связывается со страхом заражения (в многочисленных опросах, проведенных с помощью методики КАВР, был зафиксирован страх заражения посредством комариного укуса, использования стакана больного и пр.); 5) событие провоцирует солидарность в отношении жертв, что указывает на сохранение социальных связей, причем в первую очередь в этой мобилизации участвуют сами жертвы, близкие, их семьи; 6) событие оставляет свой след на уровне коллективной памяти в том смысле, что дата драмы отмечается ежегодно определенным образом (1 декабря является Всемирным днем борьбы со СПИДом, сопровождающимся определенными ритуализированными действиями, например, публичным воспоминанием имен тех, кто умер от болезни, как это было в случае лоскутных одеял, созданных ассоциацией «Имена») [Clavandier, 2000].

Вслед за созданием комплексных терапий произошла трансформация статуса этого феномена, он перестал олицетворять смерть (по крайней мере для западных стран), перешел в регистр событий медицинских, в дискурсе о болезни устойчивой темой стало использование терапий. Другими словами, в тот период, когда болезнь отождествлялась с коллективной смертью, основополагающей была модель СПИДа как эпи-

демии, по мере потери статуса коллективной смерти сменилась и модель, СПИД стал просто *болезнью* [Ibid].

Таким образом, пройдя ряд определенных этапов в своем развитии, эта болезнь стала парадоксальной в том смысле, что она, с одной стороны, заразная, быстро распространяющаяся, с другой — длительно развивающаяся; с одной стороны, появляющаяся везде (не дискриминирующая никого), с другой — не заражающая всех тотально. Можно предполагать, что эта болезнь в западном мире теперь перестала быть столь драматичной и трагичной, как это было ранее, зато она стала более сложной, ибо сила и масштаб действия комбинированных терапий еще довольно ограничены, жизнь ВИЧ-позитивных является неопределенной, сопряженной с различными проблемами и неудобствами бытового и социального характера [Herzlich, 2002]. Одно из самых важных неудобств связано с тем, что использование комплексных терапий не имеет пока еще такой истории, которая позволила бы дать информацию о динамике состояния ВИЧ-позитивных по мере использования этих терапий. Однако даже в изменившемся виде болезнь по-прежнему представляет интерес для представителей социальных наук.

Действительно, СПИД — болезнь, изменившая мир, но и мир к ее появлению значительно изменился. Речь идет о том, что в Средние века о больных знали или из непосредственного наблюдения за ними (здоровые — свидетели болезни), или из дискурса (медицинского или религиозного, по большей части — из слухов, разговоров, распространяющихся в городах). Больной чумой имел бубоны — физическую стигму или социальную — принадлежал к группе *других*, в смысле — *чужих*. Общество имело право использовать самые различные меры в отношении больных, вплоть до их физического уничтожения. У здоровых имелся иной, наиболее эффективный способ — бегство из городов, охваченных болезнью.

В современном мире у людей существует широкий набор источников информации о возникающих и распространяющихся болезнях, медицинский, научный дискурс о них опосредуется с помощью массмедиа, дающих разнообразное, противоречивое объяснение происходящего. Больной вместо физической стигмы обладает социальной, из безмолвного, пассивного он превратился в активного субъекта, который присутствует на социальной арене и пытается бороться не только против болезни, но и против стигматизации и дискриминации. Да и у самого здорового человека появился целый набор возможных средств защиты от болезни. Общество теперь обязуется выступать не в роли органа, наказывающего больных, но в роли органа, солидаризирующегося с ними, направляющего свои действия против болезни, а не больных, ищущего способы излечения больных, а не их истребления.

Однако образы страшных болезней прошлого не исчезли, а хранятся в коллективной памяти, актуализируясь в момент кризиса, перелома, потрясения, возникновения новой угрозы, — словом, тогда, когда люди уже не могут апеллировать к привычным схемам действий в повседневной жизни. Стоит заметить, что эти образы, хранящиеся в коллективной памяти, все же получают некоторое преобразование и модификацию [Joffe, 1999]. Вероятно, не исчезла из современного мышления и идея изоляции больных как надежный и проверенный способ борьбы с болезнью, но реализация этой идеи, несомненно, трансформировалась.

## **1.2. «Следы» прошлых эпидемий: язык, литература и искусство**

Остановимся подробно на том, какое значение имели эпидемии различных болезней для людей, какие причины приписывались той или иной болезни. С исчезновением болезней<sup>1</sup>, с открытием способов их лечения менялось отношение к ним, они переставали быть символом смерти, беспомощности человека, для апелляции к мифам, казалось бы, уже не оставалось места. Однако их следы сохранились и присутствуют в настоящее время в самых различных проявлениях. Болезнь, в наибольшей степени запечатлевшаяся в коллективной памяти, — чума. К теме чумы неоднократно обращались в кинематографе И. Бергман («Седьмая печать»), Р. Полански («Бал вампиров»), К. Мерие («Сеятели чумы»). В искусстве и литературе также имеются многочисленные «следы», оставленные эпидемиями чумы, как средневековой, так и эпидемией XVII века (например, строительство церквей и часовен в честь Девы Марии, ибо она, наряду с другими святыми, считалась защитницей от чумы, изображение святых Себастьяна и Роха, которые также считались защитниками от чумы, наконец, присутствие сюжета, связанного с чумой, в живописи А. Беклина, П. Брейгеля, Давида, Гойи, Г. Моро, Ван Дейка, Рубенса, Рафаэля и многих других). В живописи появился новый, пугающий сюжет — танец смерти (*la danse macabre*), символизирующий конфликт между жизнью и смертью. В литературе отпечаток, оставленный чумой, наиболее примечателен в «Декамероне» Дж. Боккаччо, можно также упомянуть «Остров накануне» У. Эко, «Пир во время чумы» А. С. Пушкина, «Чуму» А. Камю, «Белую болезнь» К. Чапека.

Анализ следов прежних эпидемий оказывается возможным посредством рассмотрения того, какое значение<sup>2</sup> имеют названия той или иной болезни в различных языках. Любая страшная болезнь, происхождение которой мрачно, а способы борьбы — неэффективны, порождает много

---

<sup>1</sup> Многие болезни перестали угрожать человечеству, хотя и не исчезли совсем, и отдельные очаги болезней могут возникать в различных регионах.

<sup>2</sup> В основном нас интересует переносное значение того или иного понятия.

разных значений. Например, в русском языке слова, указывающие на какую-либо конкретную болезнь или инфекцию, например «зараза», «язва», «холера», используются в качестве бранных слов [Ожегов, 1990; Даль, 1994]. Чума в русском языке ассоциируется со страхом, вспомним хотя бы выражение «как чумы бояться», что означает сильно бояться чего-либо. В переносном смысле используется выражение «пир во время чумы», что подразумевает веселье, праздник во время какого-то сильного бедствия [Ожегов, 1990]. Глагол «очуметь» в русском языке используется в значении «одуреть». Кроме того, согласно словарю В. И. Даля, прилагательное «очумелый» используется как синоним слов «бешеный» или «сумасшедший» [Даль, 1994].

Во французском языке слово «чума» (*la peste*) используется в переносном смысле тогда, когда речь идет о неприятном, злом человеке, также можно найти выражение «выбирать между чумой и холерой» («*C'est choisir entre la peste et le choléra*»), что подразумевает выбор из «двух зол». В английском языке чума (*plague*) в переносном смысле означает досаду, неприятность, беспокойство. Прилагательное «прокаженный» используется в переносном значении и обозначает опасного человека, которого нужно избегать. До сих пор для обозначения облупившегося фасада во французском используется понятие «*lépreuse*» (что в переводе означает «прокаженный») [Sontag, 1983]. Прилагательное «*cancéreuse*» во французском (в переводе означает «раковая») считалось достаточно сильным ругательством в XVIII веке.

Эпидемии болезней являлись воплощением социального беспорядка, соответственно и понятия, изначально указывающие на болезнь, приобретали новое значение по мере распространения той или иной из них. Так, в английском от «*pestilence*», что означает бубонная чума, мор, эпидемия, в XVI веке образуются два новых слова — «*pestilent*» и «*pestilential*», что означает смертоносный, ядовитый, тлетворный и чумной, распространяющий заразу. Таким образом, название болезни порождает новые понятия, которые становятся синонимами зла. Этот процесс может быть описан так: чувства о зле проецируются на болезнь, а понятие, указывающее на болезнь, обогащенное новым значением, проецируется на мир [Ibid]. В результате на этот объект, не связанный с болезнью, но обозначенный как таковой, переносится способ лечения или определенное действие, которые присущи болезни.

Следы прежних эпидемий присутствуют в современном дискурсе и в ином виде. Так, образы исчезнувших заболеваний употребляются для обозначения другой, еще неизвестной болезни. Например, туберкулез был назван «белой чумой», сифилис — «французской оспой», СПИД получил название «рака геев», «синдрома геев», «пневмонии гомосексуалов» или «чумы XX века» в самом начале своего распространения. В прессе начала 1980-х годов стали появляться публикации с пугающими заголовками:

«Странный рак американских геев» (во французской газете «Либерасьон» от 6. 01. 1982) или «Пневмония гомосексуалов» (научно-популярный журнал «Ля решерш», март 1982). Из ряда метафор, использовавшихся в отношении СПИДа, самая стойкая — «чума XX века» (теперь «чума XXI века»). Суть этих метафор — апелляция к известной болезни для определения новой. Основное предназначение метафоры — сделать новую болезнь более понятной. В то же самое время эта апелляция ко всем известной болезни привносит в новую болезнь какие-то свои особенности, не обязательно присущие последней. Очевидно, что использование метафорических обозначений переносит определенные характеристики больных известной болезнью на тех, кто страдает новой. Обозначение СПИДа как «чумы XX века» указывает на смертельную опасность болезни, на ее неожиданную коллективную угрозу, актуализирует соответствующие образы, указывает на ее быстротечность, масштаб распространения и инфекционный характер. Соответственно больные рассматриваются как смертельно опасные, потенциальный источник заболевания, которых требуется избегать, для надежности — изолировать. Пример именно такой реакции на появление больных СПИДом продемонстрировали крайне правые политики во Франции, требовавшие в конце 1980-х годов создания «СПИДоториумов» для содержания в них больных [Herzlich, 2002], а американские власти приняли закон, запрещающий въезд в страну ВИЧ-позитивных, нарушивших этот закон подвергали тюремному заключению. Обращает на себя внимание то, что среди болезней, оставивших свой неизгладимый след в коллективной памяти (будь то чума, проказа или сифилис<sup>1</sup>), выбор падает именно на чуму, страшную болезнь, которая в наибольшей степени удалена от нас во временном отношении, что, вероятно, также позволяет отодвинуть болезнь от нас самих, установить еще большую дистанцию. Метафорическое обозначение СПИДа как «рака геев» объясняется тем, что в 1982 году в среде геев в США был зафиксирован ряд случаев рака кожи. Благодаря по большей части массмедиа эта новая болезнь была обозначена как «рак геев» и предложена аббревиатура — GRID5, что в переводе с английского означает синдром иммунодефицита, связанного с геями [Schoeneman, Schoeneman, Obradovic, 2002]. Такое обозначение выполняет достаточно важную функцию — защитную, ибо указывает на группу — источник этой болезни, ту группу, которая имеет своего рода «предрасположенность» к болезни. В результате эта группа подвергается двойной стигматизации, а собственная — защищается. Заметим, что обозначение СПИДа как болезни геев не отражало реальной

---

<sup>1</sup> Потенциально существуют основания для того, чтобы проводить аналогии между СПИДом и каждой из этих болезней, в особенности в начале эпидемии (например, быстротечность и масштабность — в случае чумы, скрытость болезни — в случае проказы, пути заражения, «аморальность» — в случае сифилиса).

ситуации в США уже летом 1982 года. По эпидемиологическим данным, болезнь уже коснулась представителей различных групп, среди которых были выходцы из Гаити, наркоманы и даже дети [Herzlich, Pierret, 1988], но обозначение СПИДа как рака геев продолжало использоваться.

Апелляции к понятию чумы мы находим в психоаналитических работах. В трудах по характероанализу В. Райх использует понятие «эмоциональная чума» для обозначения хронической биопатии организма [Райх, 1999]. Эмоциональная чума — это «эпидемическая болезнь, подобная раку или шизофрении, но она имеет одно важное отличие: она проявляется исключительно в социальной жизни» [Там же. С. 404]. Для Райха шизофрения и рак — биопатические последствия эмоциональной чумы. «Периодически, подобно всем другим видам чумы, например, холере или бубонной чуме, эмоциональная чума приобретает размах эпидемии в форме гигантских всплесков садизма и преступности, таких, как католическая инквизиция в Средние века или международный фашизм нашего века» [Там же]. Как и в случае бубонной чумы, человек, страдающий эмоциональной чумой, опасен для окружающих, ибо «характерной чертой проявления эмоциональной чумы является именно провоцирование окружающих на использование полицейской дубинки» [Там же]. Индивид, подверженный эмоциональной чуме, в отличие от здорового, вторгается в жизнь окружающих, навязывает окружающим свой образ жизни, борется против других образов жизни, причем даже тогда, когда они вовсе не затрагивают его самого.

Обозначения различных болезней в метафорическом смысле используются достаточно широко. Различные *вирусы* поражают компьютеры многочисленных пользователей во всем мире. Под вирусом в данном случае подразумевается программа, которая проникает в компьютер и разрушает другие программы. В политическом дискурсе присутствуют указания на болезни: например, в 30-е годы XX века нацизм получил название «коричневая чума», «рак в сердце арабского мира» — такова стандартная метафора арабской полемики в отношении Израиля. Апелляция к болезням проясняет смысл политических явлений (смертельная опасность!) и потенциально указывает не только на негативное отношение к самим «больным», но и на необходимые действия с ними, например на их «изоляция» в одном случае и «хирургическое вмешательство» или «химиотерапию» — в другом.

Указание на сифилис как нечто ужасное, очень опасное используется в антисемитской полемике в начале XX века. Отсюда, как утверждает В. Райх, иррациональный страх сифилиса был одним из важных источников политики национал-социалистов в отношении евреев [Там же]. Троцкий в своих работах часто использовал названия болезней в метафорическом значении. Это особенно ярко просматривается в его работах, написанных после высылки из СССР в 1929 году, где он сравнивает сталинизм с холерой, сифилисом, называет его раком марксизма [Sontag,

1983]. В современном дискурсе можно услышать о «метастазах террористических сетей»<sup>1</sup>. Метафорическое использование названий болезней указывает на дисбаланс между обществом и индивидом, где обществу отводится репрессивная роль.

Туберкулез и рак также имеют большое количество метафорических описаний. Среди них туберкулез считался в XIX веке «вором жизни». Про рак в XX веке говорили, что он секретно входит в жизнь человека, не стучась.

В дискурсе о болезнях присутствует и обратное, когда используются различные военные метафоры. Они стали широко применяться с конца XIX века: болезнь (например, рак) *нападает*, лекарства — средства *борьбы*, а тело человека — это *поле* этой *борьбы*. Индивид *борется* не только с болезнью, но и с вредными привычками, а организм *мобилизует все силы*. Как и в других случаях, использование метафор потенциально указывает на действия в отношении больных, их изоляцию.

### 1.3. Социальное значение здоровья и болезни

На протяжении многих веков люди пытались выяснить причины различных болезней, искали объяснения происходящему, в равной мере как и способы защиты от болезней. Недостаток информации о той или иной болезни порождал миф о ней, о ее причинах, симптомах и способах излечения. Спектр потенциальных причин болезней был достаточно широким и разнообразным и пополнялся новыми причинами по мере прогресса медицинского и биологического знания, а также проникновения темы болезни на уровень публичного обсуждения.

Изначально считалось, что болезни возникают в связи с различными явлениями и событиями, будь то *климат, время года, затмение солнца, землетрясение, ураганы, грозы, падения звезд, появление комет* и многое другое. Индивид оказывался бессильным, сталкиваясь с этими явлениями, несущими ему несчастья, он мог лишь обращаться к Господу Богу с молитвами. Теперь эти причины едва ли используются для объяснения того, почему человек заболел.

В середине XVI века врач Дж. Фракасторо предложил различать три формы заражения: прямое, при непосредственном соприкосновении (от человека к человеку), не прямое, опосредованное (через объекты), на дистанции, предполагающее обязательное участие мельчайших зародышей болезни (без прямого контакта или обмена предметами). Зараза, с его точки зрения, — «материальное начало (“контагий телесен”)» [Заблудовский, 1977. С. 611].

В случае с чумой причина болезни усматривалась в *качестве воздуха*. Причина эпидемии чумы в 1348 году, как было указано в заключе-

---

<sup>1</sup> Из выступления сенатора Х. Клинтон.

нии, составленном на медицинском факультете Парижского университета, приписывалась зараженному воздуху (миазмам), который, в свою очередь, явился следствием расположения планет, зависящего от Божьей воли [Бульст, 2000]. Причина причин заключалась в том, что болезнь послана человеку Богом в *наказание за его поведение, за какие-либо проступки, грехи*. Болезнь оказывается связанной с судьбой, что представляет собой часть религиозной идеи о добре и зле. Эта причина использовалась не только в Средние века, она возникает в случае объяснения болезней даже в настоящее время.

Эпидемия чумы в Лондоне рассматривалась как наказание за непутанские спектакли, которые ставились в театре на Драри Лайн. Апелляцию к Божьей воле находим и в работах Н. М. Карамзина, который так описывает мор в России в 1352 году: «Встретив послов смоленских, он<sup>1</sup> заключил мир и возвратился в Москву, был свидетелем и, как вероятно, жертвою ужасного гнева небесного» [Карамзин, 2003. С. 345]. В Ветхом Завете можно также обнаружить указание на то, что Бог наказал народ Израиля за грехи. В своем Послании в сентябре 1348 года папа Климент VI назвал чуму «тайным судом Божиим», болезнью, «которой Бог поразил христианский народ за грехи его» [Бульст, 2000]. Перед лицом этой болезни были все равны: богатые и бедные, миряне и монахи и др. Распространенным в средневековую эпоху было убеждение о том, что болезни, считавшиеся наказанием Божиим, не подлежат медицинскому вмешательству, единственным средством излечения является молитва.

Примечательно, что в XIV веке чума практически одновременно поразила христианский Запад и исламский Восток. Однако в последнем случае реакция на чуму была иной, ибо болезнь считалась индивидуальным мученичеством, «божественным избранничеством», от которого нельзя было убежать [Там же]. Отголоски такого объяснения причин болезни можно обнаружить и в настоящее время. Так, в самом начале эпидемии СПИДа среди причин этой болезни упоминалась Божья кара за сексуальную революцию и аморальное поведение (в случае геев, проституток, людей, имеющих многочисленных сексуальных партнеров), за эмансипацию (!) женщин, за либеральные ценности конца XX века.

Идея наказания за то или иное поведение как причина болезни встречается и в случае больных раком. В интервью больные раком высказывали недоумение по поводу того, *почему* такое ужасное несчастье, такая несправедливость случилась именно с ними, ведь всю жизнь они вели себя правильно, хорошо учились и работали [Herzlich, Pierret, 1987]. Социально-психологическое проявление этого вопроса можно объяс-

---

<sup>1</sup> Великий князь Симен Иоаннович.

нить, апеллируя к «вере в справедливый мир» [Андреева, 2003; Fiske, Taylor, 1991]. Суть этого феномена заключается в том, что индивид считает, что с ним не может случиться что-то плохое, если он не виноват. Другими словами, человек размышляет примерно так: «Мир справедлив, значит, за все мои усердия и мое хорошее поведение я буду вознагражден». Тогда понятен вопрос больных раком «Почему?», ведь зачастую эти люди вели себя «хорошо».

Возвращаясь к средневековым эпидемиям, важно учитывать такой факт: человек того времени считал, что здоровье и болезнь управляются какими-то неведомыми магическими силами. Эти таинственные силы постоянно «оказывали» человека, могли принести ему смерть, разорение, иные беды. Именно поэтому требовалось заблаговременно застраховаться от действия этих сил посредством различных магических обрядов, ритуалов, молитв... [Гуревич, 1999].

Страх перед болезнями всегда присутствовал и присутствует в обществе, ибо различные болезни имеют более или менее сильные связи со смертью, не имеют средств излечения, их этиология не выяснена до конца. В средневековую эпоху, когда болезнь и здоровье неизбежно связывались с силами добра и зла, а не с медицинским знанием, этот страх был достаточно велик. Считалось, что болезни насылаются нечистой силой по попущению Божьему. Тогда необходимым действием защиты от этой «напасти» оказывались всевозможные заклинания, восходящие к язычеству. И хотя церковь в различных странах Европы преследовала проявления колдовства, она не только не могла искоренить его, но и сама использовала этот принцип для собственных целей. Отсюда заклинания болезней, упоминаемые в житиях святых [Там же]. Проникновение бесов в человека считалось причиной его душевных расстройств. Это бес, завладевая телом, но не душой человека, кричал, выл, бранился, разговаривал на странных языках.

Еще один источник болезни — *другие*. В Средние века причины повторяющихся волн чумы приписывались евреям, ибо считалось, что они отравили источники питьевой воды, что они устраивают колдовские шабаши, а также распространяют болезнь [Тюменев, 2003]. Никто, однако, не обращал внимания на тот факт, что и сами евреи страдали от болезни не меньше, чем все остальные. Вспышки чумы сопровождались массовыми истреблениями евреев [Тюменев, 2003; Sontag, 1983]. В 1349 году в Германии отмечалось повсеместное гонение на евреев, «в некоторых городах испрошено было от императора при этом даже специальное разрешение никогда не иметь более в пределах городского округа евреев» [Тюменев, 2003. С. 364]. В различных местах меры борьбы с «источником чумы» варьировали. В одних евреев изгоняли из городов, в других (в различных регионах Германии, Франции и Швейцарии) — сжигали. Параллельно с масштабными гонениями на евреев в Испании, Фран-

ции, Германии, Швейцарии в эпоху эпидемии чумы предпринимались меры по отмене долгов евреям. С исчезновением болезни массовые убийства евреев постепенно прекратились, они смогли вернуться в города, из которых были изгнаны ранее. Вина в распространении болезни приписывалась и другим группам, например цыганам, богатым и нищим, причем *чужим нищим*<sup>1</sup>, врачам, ибо последние обвинялись в обогащении за счет больных, их вину усматривали в неэффективности принимаемых мер лечения. Во Франции в распространении болезни обвиняли англичан. В Англии — шотландцев, в Германии обвинения пали на специфическую группу — могильщиков. Пример действия того же самого механизма можно заметить и в случае других болезней, когда их источником считались иностранцы: англичане обозначали сифилис<sup>2</sup> «французской оспой», французы — «немецкой холерой», флорентийцы — «неаполитанской болезнью», арабы — «христианской болезнью». Таким образом, причина болезни приписывается другой группе, с которой в некоторых случаях имеются конфликтные отношения. Отголоски этого механизма коллективной защиты от страшных болезней, когда причины приписываются аутгруппе, обнаруживаются в случае СПИДа. Здесь источником болезни считается другая группа, например, маргинальные по отношению к морали группы — наркоманы, геи, проститутки. В самом начале эпидемии источником болезни считали иностранцев. Так, в 1980-х годах в США существовал закон, запрещающий въезд ВИЧ-положительным. Аналогичным образом в России иностранцы, въезжающие в страну на длительный срок, должны предоставить результаты анализов на ВИЧ-инфекцию.

Приписывание болезни другой группе выполняет, с одной стороны, функцию защиты собственной группы, как следствие — собственной социальной идентичности. Это способ установления дистанции между собой и болезнью. В соответствии с психоаналитической трактовкой, локализация угрозы в аутгруппе является способом проекции на других той части «Я», которую индивид не желает иметь, от которой он стремится избавиться [Joffe, 1999]. С другой стороны, если болезнь касается других, то это позволяет сохранить неизменным практикуемое поведение. Если «группой риска» оказываются наркоманы, геи и проститутки, тогда любым другим категориям людей СПИД не угрожает.

---

<sup>1</sup> В Нарбонне в 1348 году были арестованы и подвергнуты пыткам представители чужих нищенствующих орденов, а также чужие нищие, под пытками они признались, что хотели отравить колодцы [Бульст, 2000].

<sup>2</sup> Дж. Фракасторо написал в 1530 году книгу («*Syphilis sive de morbe Gallico*» — в переводе с ит.: «Сифилис, или Французская болезнь»), в которой описал болезнь пастуха, назвав ее французской болезнью. Его труды заложили первые основы клиники инфекционных болезней и эпидемиологии.

Сходным образом для советских граждан западная болезнь не представляла угрозы в начале эпидемии.

Болезнь могла возникать в результате *совпадения ряда причин*. Наличие ядовитых веществ (к примеру, гниющих) в атмосфере в сочетании с уязвимостью к этим ядам рассматривалось в качестве причины холеры. Сама уязвимость по отношению к болезни оказывается результатом праздного времяпрепровождения, повышенной сексуальной активности, злоупотребления спиртными напитками. Другими словами, причины указывают на стиль жизни или особенности поведения больных. Например, в XIX веке на Американском континенте уязвимыми по отношению к ядовитым веществам, провоцирующим возникновение холеры, считались люди, ведущие определенный образ жизни: проститутки и их клиенты, бедные, иммигранты, темнокожие.

По мере прогресса медицинского знания в списке причин болезней возникают новые, например *микробы*. Именно они провоцируют болезнь, попадая в организм.

Причина, широко используемая для объяснения болезней в настоящее время, — *образ жизни*<sup>1</sup>. Именно он связывается с неблагоприятными психическими и эмоциональными состояниями. Он объединяет ряд составляющих: пища, работа (включая условия труда) и условия жизни. Проживание в мегаполисах характеризуется высоким темпом жизни, стрессами, загрязнением окружающей среды, враждебностью и агрессивностью со стороны окружающих. Еще в конце XIX века распространение туберкулеза среди рабочего класса приписывалось образу жизни, дурным привычкам этих людей. Однако образ жизни как причина возникновения болезни начинает играть важную роль в связи с широким распространением рака, ибо эта болезнь не вписывалась в «модель заражения». Причины заболевания раком связываются с образом жизни, с негативными последствиями поведения *homo economicus* в XX веке, с изобилием в богатых странах, с репрессией энергии и отсутствием адекватных экспрессивных реакций, с экологической катастрофой, с жизнью в стрессе. Примечательно, что сердечно-сосудистые заболевания, причиной которых также является образ жизни, не стали символом смерти, не образовали идентичности, подобной той, которая была у больных раком [Sontag, 1989].

Практически все указанные выше причины болезней, за исключением стиля жизни, принадлежат к внешней по отношению к индивиду среде (т.е. опираются на экзогенную модель болезни, где индивид подвергается воздействию на его организм каких-то внешних факторов). В XX веке появились новые причины болезней, находящиеся внутри

---

<sup>1</sup> Ведь животные не болеют так много, как люди [Herzlich, Pierret, 1987].

самого индивида: *наследственность, характерологические особенности человека*, его *эмоциональные состояния* (эндогенная модель болезни). Все эти причины связывались с заболеванием раком.

Грусть и печаль не только на уровне обыденного сознания, но и на уровне медицинских представлений являются причинами некоторых болезней. Заметим, что данная причина использовалась и в случае чумы, во времена эпидемии которой в Англии считалось, что счастливый человек не заболеет чумой. Вероятно, в этой связи в качестве профилактических мер рекомендовалось не думать о болезни, о грустном [Sontag, 1983]. Вероятно, идея о том, что хорошее настроение является своего рода защитой от болезни, была перенесена и на другие болезни. В психоаналитической трактовке вырисовываются эмоциональные факторы возникновения рака: чувство одиночества в детстве или в подростковом периоде; потеря «значимых отношений», обретенных во взрослой жизни; последующее убеждение в том, что в жизни больше не на что надеяться [Ibid].

В психоаналитической трактовке «полет в болезнь» связывается с невыносимостью сложившейся ситуации, что достаточно ярко иллюстрируется на примере болезни Кафки, который, говоря о своем заболевании туберкулезом, связывал его с собственным банкротством в жизни, общей несостоятельностью, с невозможностью сражаться с ней.

Научный дискурс начала эпидемии СПИДа, когда медицинское знание о болезни, а также количество случаев болезни еще были ограниченными для того, чтобы делать определенные выводы, породил крайнее чувство страха, болезнь была представлена как угроза человечеству, и ее причины усматривались в стиле жизни и современных ценностях<sup>1</sup>. Здесь можно усмотреть еще одну причину, приписываемую болезни, — *ценности*, на которые опираются индивиды.

С. Сонтаг выделяет ряд гипотетических причин болезни: с одной стороны, болезнь — это способ социальной девиации в том смысле, что преступник имеет право на более «мягкие» меры наказания или отсутствие оных в том случае, если он болен. С другой — болезнь связывается с бессознательным желанием заболеть, тогда мобилизация воли есть путь к выздоровлению [Ibid].

Среди причин болезни, о которых стали говорить сравнительно недавно, *социально-экономические факторы*.

По мере изменений, происходящих в обществе, прогресса научного знания, в первую очередь — медицинского знания, широкой представленности проблем здоровья и болезни в общественном дискурсе, а также в связи с появлением на социальной арене новых социальных агентов —

---

<sup>1</sup> Отметим, что появление этого дискурса считается моментом появления «социального феномена СПИДа» [Herzlich, Pierret, 1988].

представителей различных ассоциаций и организаций по борьбе с различными заболеваниями изменилось и значение здоровья и болезни, которые трансформировались в социальные категории. Теперь они оказываются включенными в разнообразные социальные связи, сопряжены с работой.

На социальной арене появляется новая фигура — больной, который конструирует свою новую идентичность. Построение этой идентичности особенно важно в случае тяжелой хронической болезни, которая создает определенный разрыв в жизни индивида, его биографии (жизнь «до» и «после»). Индивиду теперь необходимо адаптироваться к повседневной жизни, к своему месту в ней, переопределить свои отношения с другими, реконструировать прошлое, выработать новую стратегию поведения.

Индивид получает право на то, чтобы быть больным и быть принятым обществом в таком качестве. Общество берет на себя обязательство заботиться о нем. Болезнь теперь указывает на невозможность работать (это легитимизируется врачами) и на необходимость получения лечения. Таким образом, болезнь представляется двояко: через апелляцию к медицине и к работе. Ставя больному тот или иной диагноз на основе обследования, врач, по сути, обозначает биологическое отклонение на языке отклонения социального. В том смысле, что физическое неблагополучие приобретает свое социальное обозначение, что, в свою очередь, указывает на определенные отношения больного с обществом (будь то временное освобождение от работы, помещение в стационар, присвоение группы инвалидности и пр.).

Можно различать и другую грань социального значения болезни. Больничный лист выступает не только официальным документом, который дает человеку право временно не работать, но может использоваться для борьбы с администрацией, для ухода от важного решения. Индивид может воспользоваться больничным тогда, когда он не согласен с чем-либо в трудовой ситуации. Это средство избегания решения той или иной производственной проблемы, ибо ответственность больного иная, чем ответственность здорового индивида.

Взаимодействие с доктором оказывается необходимым элементом в схеме болезнь — работа. Именно он оказывается тем социальным агентом, который определяет, болен человек или нет, какие меры необходимо принять для лечения. Эти отношения асимметричны: врач наделен знанием (что является своего рода гарантией излечения) и властью над больным, пациент, находящийся в зависимой позиции, должен быть «хорошим больным», что подразумевает выполнение предписаний врача. Однако это скорее нормативная модель, которая в реальности далеко не всегда действует, так как больной не играет автоматически ту пассивную роль, которая ему отводится. Наоборот, он пытается сам понять значение своей болезни, используя для этого различные источники зна-

ния, тем более что в начале XXI века у него появилось достаточное количество источников информации по проблемам здоровья и болезни, среди которых важное место занимают СМИ. Больной может прибегать к помощи врача для получения «права» не работать, однако в отношении того, что касается лечения и самого диагноза, индивид строит собственные предположения и использует экспертное знание для их проверки. Для сохранения собственного контроля над ситуацией он задает вопросы эксперту, позволяющие ему самому оценить тяжесть собственного состояния, сделать выводы о том, какие средства необходимо использовать. Кроме этого, в самом начале распространения СПИДа больные оказались более информированными о болезни, чем врачи, что, в свою очередь, подчеркивало ограниченность асимметричности отношений «врач — больной».

Однако если врач является единственной фигурой, которая признается обществом в качестве легитимного органа, имеющего право освобождать от работы, то он не является единственным персонажем, способствующим выздоровлению больного. Существуют разного рода целители. Выбор такого способа лечения опирается на давнюю идею о силе организма, который способен сам себя излечить, если его еще усилить перед лицом болезни. Как отмечали испытуемые в исследовании К. Эрзлиш и Ж. Пьерро, прибегающие к помощи целителей, они способны различать разрушительные действия врачей и позитивные действия целителей [Herzich, Pierret, 1987].

Подводя итоги сказанному выше, подчеркнем, что здоровье и болезнь — это формы социальной реальности, своего рода ценности, имеющие определенное значение, указывающие на отношения индивида с обществом. С нашей точки зрения, говоря о здоровье как ценности, можно различать два аспекта. С одной стороны, здоровье — это абсолютная ценность, ибо само по себе хорошо быть здоровым (испытывая соответствующие физические и эмоциональные состояния). Здоровье, несомненно, занимает самую высокую позицию в иерархии ценностей человека. Причем по мере развития общества возрастает осознание ценности здоровья. Однако хорошее здоровье и продолжительная жизнь не являются единственными ориентирами в жизни человека, исключительными регуляторами его поведения. Можно говорить о том, что зачастую индивид сталкивается с ситуациями, в которых он готов игнорировать угрозу и риск в отношении здоровья и жизни ради достижения какой-либо другой цели. Очевидна парадоксальность ситуации: здоровье является ценностью индивида, но его действия рассогласуются с ней.

С другой стороны, здоровье обладает инструментальной ценностью. Тогда акцент делается на тех возможностях, которые дает человеку хорошее здоровье: возможность быть включенным в общество, получать одобрение общества и быть его полноценным членом, возможность ак-

тивно действовать и работать, добиваясь успехов, иметь семью и друзей, иметь время на досуг, словом, иметь полноценную жизнь.

Как ни парадоксально, но болезнь также можно рассматривать как ценность. Здесь нет разделения на абсолютный и инструментальный аспекты, ибо в данном случае мы имеем в виду то, что болезнь оказывается показателем уровня жизни человека, условий его жизни в обществе. Болезнь – это причина, по которой человек может временно не работать, при этом имеет право получать заработную плату (хотя и в уменьшенном объеме), а также заботу со стороны окружающих [Radley, Billing, 1996], социальные гарантии со стороны общества. Болезнь обнажает характер взаимодействий индивида с обществом и подчеркивает значимость и ценность здоровья человека. По сути, анализ болезни под таким углом зрения открывает возможность рассматривать ценность *самого индивида* для общества. Болезнь никогда не была «невинным» явлением, на протяжении веков она связывалась со страданиями, страхом, смертью, олицетворяла беспомощность и отчаяние. На протяжении столетий в обществе формировались и изменялись представления о здоровье и болезни, постепенно расширялась дискуссия о здоровье и болезни, на социальной арене возникла фигура самого больного. Более того, как было показано выше, в различные эпохи общество стремилось различными способами указать на связь между порядком биологическим и порядком социальным.

Резюмируя те особенности проблем здоровья и болезни, которые нас будут интересовать как исследователей, можно вслед за М.Розиным исходить из определения здоровья как событийно-социальной реальности и различать следующие ее аспекты: *социальный* (подразумеваются взаимоотношения между людьми, опосредованные знаковыми системами, деятельностью, социальными институтами), *исторический* (подразумеваются изменения, обусловленные сменой поколений, возникновением новых социально значимых ситуаций, изменений) и *культурный* (подразумевается устойчивость культуры, обеспечиваемая постоянством знаковых систем и языка, используемого людьми) [Розин, 2000]. Эти три аспекта следует также учитывать в связи с болезнью. Более того, *социальный аспект* связывается с различными социальными практиками в отношении здоровья и болезни, *исторический* – с развитием как научного знания, так и технологий в области медицины, наконец, *культурный* – предполагает учет традиций, верований, убеждений в отношении здоровья и болезни, соответствующих для той или иной культуры.

Здоровье и болезнь как категории социальной реальности имеют определенную специфику, связанную с той или иной культурой. Значимость данного фактора достаточно просто продемонстрировать на таком примере. Физическая активность рассматривается как одна из важ-

ных составляющих здоровья только 9% респондентов в Греции и Италии, в то время как значение этого показателя в Финляндии выше почти в 5 раз. Представления о здоровье и болезни связываются с тем, какое поведения и какие действия будут выполнять (или не будут выполнять) индивиды, чтобы быть здоровыми или не заболеть, причем культура является той самой переменной, оказывающей влияние на эти представления. Разрешая проблемы, с которыми человек сталкивается в своей будничной жизни, он опирается именно на те схемы, которые соответствуют его культуре. Например, использование средств народной медицины для лечения тех или иных болезней является приемлемым для нашей культуры вплоть до того, что само медицинское знание отчасти интегрировало в себя этот способ лечения [Бромлей, Воронов, 1976]. В то время как для западной культуры такое лечение достаточно экзотично. Сходным образом, любое психическое расстройство может быть понято только с учетом культурного контекста [Стефаненко, 2003].

Наш интерес направлен на поиск того, как в современном мышлении присутствуют следы эпидемий, на анализ того, какое значение имеет культура в связи со здоровьем и болезнью, как формируются и изменяются убеждения о здоровье и болезни. Наконец, мы будем изучать то, как представления о болезни и больных определяют действия по отношению к этим людям. Для ответа на все эти вопросы требуется соответствующая теоретическая модель.

Предприняв в историческом аспекте анализ проблемы здоровья и болезни через призму отношений индивида и общества, перейдем теперь к рассмотрению этой проблемы с точки зрения социальной психологии. Наш первостепенный интерес связан с поиском объяснительной схемы, которая позволила бы проанализировать то, как в современном мышлении о здоровье и болезни проявляются элементы, коренящиеся в культуре, связанные с социальным и историческим контекстами, какова социокультурная специфика представлений о здоровье и болезни, как эти убеждения соотносятся с соответствующим поведением.



## ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ КАК ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

---

### 2.1. От психологии здоровья к социальной психологии здоровья и болезни

Проблемы здоровья и болезни привлекали внимание представителей ряда социальных наук, будь то антропология, социология, психология и философия, еще в 50–60-х годах XX века. Однако физическое здоровье и физическая болезнь оказались той областью, где были не только приложимы, но *необходимы* знания социальных наук только в конце 70-х годов. В это время появилась новая самостоятельная область знания — психология здоровья. Ее появление было озаглавлено образованием секции психологии здоровья (подразделение 38) в составе Американской психологической ассоциации в 1978 году, появлением первого учебника по психологии здоровья [Stone, Cohen, Adler, 1979]. Вслед за этим в различных странах появились образовательные программы по этой дисциплине, возникли национальные и международные ассоциации по психологии здоровья, появились научные журналы. Несмотря на молодость психологии здоровья, в ее активе уже имеется значительное количество эмпирических работ, а также концепций, разработанных непосредственно для изучения проблем здоровья и болезни.

В России эта проблематика стала активно исследоваться представителями социальных наук лишь в 1990-х годах. Примерно в это время появилась новая дисциплина — валеология, наука о здоровье и здоровых людях, о закономерностях, способах, механизмах формирования, сохранения и укрепления здоровья человека. Эта междисциплинарная наука объединила вклад антропологии, психологии, социологии, биологии, экологии, педагогики, медицины и др. До этого времени здоровье достаточно редко оказывалось в фокусе внимания исследователей, хотя на важность использования результатов социологических исследований указывали и специалисты в области медицины [Социальные проблемы медицины, 1968]. Итак, здоровье было одной из тем исследования ряда социологических проектов («Таганрог I–III  $1/2$ »), посвященных изучению уровня, образа и качества жизни. Однако эта проблематика была «дополнительной» и всячески поддерживалась энтузиастами, которые пытались доказать ее крайнюю важность и необходимость с точки зрения государственного долгосрочного планирования [Гордон, Возьмитель, Журавлева, Клопов, Римашевская, Ядов, 1998]. Тем не ме-

нее исследователям удалось получить достаточно любопытные результаты: в проекте «Таганрог III-<sup>1</sup>/<sub>2</sub>» было показано, что в эпоху распада СССР, начала резких экономических изменений, наблюдается снижение качества жизни и его основной характеристики — здоровья. Причем был обнаружен новый феномен — центральные проблемы здоровья переместились из групп престарелого населения в группы детей и молодежи [Там же]. Кроме того, с 1985 года социологами стали проводиться многочисленные исследования, на основе которых была разработана концепция самосохранительного поведения<sup>1</sup> [Журавлева, 2000].

В качестве непосредственных предпосылок появления психологии здоровья как новой области прикладной психологии можно выделить три следующие [Schwarzer, Gutierrez-Dona, 2000].

*Во-первых*, изменились модели болезней. Благодаря прогрессу медицинского знания, пониманию причин болезней такие инфекционные заболевания, как пневмония, грипп, туберкулез, дифтерит, скарлатина, тиф, корь, ведущие к летальному исходу в начале XX века, уступили к середине XX века место хроническим заболеваниям: сердечно-сосудистым, раку, инсульту. При этом особенности стиля жизни (например, чрезмерное потребление алкоголя, курение, использование наркотиков, незащищенный секс, диета и сидячий образ жизни) дополнили ряд факторов, негативно сказывающихся на здоровье человека. Только в 1980-х годах смертность от инфекционных болезней вновь стала расти по сравнению с хроническими заболеваниями, что объясняется возникновением и широким распространением СПИДа [Stroebe, 2000]. После открытия комбинированных терапий в середине 1990-х годов этот пик смертности от инфекционных болезней стал вновь снижаться (по крайней мере это соответствует имеющейся статистике по западным странам), уступая место сердечно-сосудистым заболеваниям и пр. [Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000; Setbon, 2000].

*Во-вторых*, появилось новое понимание здоровья и болезни. В 1948 году в уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье было определено как состояние полного *физического, психического и социального благополучия*, а не только как всего лишь отсутствие болезней и физических дефектов<sup>1</sup>. Это изменение связывается с тем, что в XX веке на смену биомедицинской модели<sup>2</sup>, господствовавшей в течение несколь-

---

<sup>1</sup> Под самосохранительным поведением А. И. Антонов предложил понимать «готовность личности к сохранению собственной жизни и здоровья» [цит. по: Ивахненко, 2006. С. 78].

<sup>2</sup> Хотя медики все еще продолжают использовать биомедицинскую модель.

<sup>3</sup> Согласно биомедицинской модели, основывающейся на факторно-аналитическом подходе и признающей дуализм тела и психики, все болезни должны рассматриваться как соматические явления. Социальные и психологические факторы исключались из модели. В данной модели здоровье определяется как отсутствие болезни, т.е. болезнь преобладает над здоровьем [Handbook of psychology..., 2003].

ких веков, пришла биопсихосоциальная модель [Ениколопов, Садальская, Абдраязкова, 2003; Handbook of psychology..., 2003].

*В-третьих*, необходимость появления новой дисциплины объяснялась и экономическим фактором — высокими затратами на медицинское обслуживание: более выгодным оказалось не излечение от болезней, но их профилактика и предотвращение, пропаганда здорового поведения и здорового стиля жизни. Необходимым оказалось психологическое знание, которое способно предложить решения в отношении ряда проблем в области профилактики здоровья и превентивных действий в отношении болезней.

С нашей точки зрения, существовала и *четвертая* предпосылка возникновения новой дисциплины, связанная с развитием самой психологии, с тем, что в этот момент имелось то самое необходимое знание, приложимое для решения проблем здоровья и болезни, которое потенциально было способно объяснить то, что было не под силу медицинскому знанию.

Основная сфера интересов психологии здоровья была определена Дж. Матараццо как «образовательный, научный, профессиональный вклад дисциплины психологии в продвижение и поддержание здоровья, профилактику и лечение болезней, идентификацию этиологических и диагностических взаимосвязей здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций и улучшение системы здравоохранения и политики в области здоровья» [Matarazzo, 1980. С. 815].

**1. Продвижение и поддержание здоровья** — эта область направлена на то, чтобы люди были здоровыми, вели здоровый образ жизни, ибо, с одной стороны, «одна унция превентивных мер стоит один фунт лечения<sup>1</sup>» [Schwarzer, Gutierrez-Dona, 2000. С. 462], с другой — продвижение здоровья — это ключевая составляющая качества жизни людей. В качестве примера здесь можно указать на различные исследования, а также разработку конкретных мер по поддержанию здорового поведения и здорового образа жизни (будь то потребление фруктов и овощей, использование ремней безопасности, солнцезащитного крема и презервативов, выполнение физических упражнений и регулярные диспансеризационные обследования здоровья, гигиена труда).

**2. Профилактика и лечение болезней** — эта область включает различные типы профилактики, рассчитанные как на здоровых, так и на больных людей. Один тип профилактики предназначен для здоровых людей. Его цель — помочь людям избежать болезни, не развивать *проблемного поведения* (не иметь вредных привычек), научиться справляться со стрессом. Второй тип профилактики направлен на тех, кто уже заболел какой-либо болезнью или имеет так называемое проблем-

---

<sup>1</sup> Унция = 0,0283 кг, фунт = 0,4536 кг.

ное поведение, с целью защитить их от тяжелых последствий (будь то более тяжелые формы заболевания, в случае людей уже заболевших, или приобретение заболевания, в случае людей с вредными привычками). Наконец, третий тип профилактики ориентирован на тех, кто преодолел болезнь, но нуждается в изменении стиля жизни, поведения, привычек в новой ситуации (например, требуется соблюдать диету и определенный режим дня, контролировать физические нагрузки и пр.). Профилактические меры могут касаться и семьи больного человека. В этом случае они направлены на построение отношений с больным человеком.

**3. Идентификация этиологических и диагностических взаимосвязей здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций** — усилия в этой области направлены на поиск ответов на вопросы: кто заболевает, а кто остается здоровым; кто среди больных выздоравливает, а кто — нет; изучение того, как социальная поддержка, оказываемая больному, отражается на динамике его выздоровления. Причем для поиска ответов психология здоровья использует знания психонейроиммунологии (науки, объединяющей знания ряда дисциплин: социальной психологии, нейронаук и иммунологии). Основная задача психонейроиммунологии заключается в том, чтобы исследовать, как психологические факторы влияют на иммунную систему человека и его физическое здоровье посредством нервных и эндокринных путей [Handbook of psychology..., 2003]. Анализ взаимосвязи этих факторов приобретает особенную важность в связи с иммунологически медируемыми проблемами здоровья, будь то инфекционные заболевания, рак, аллергия.

**4. Улучшение системы здравоохранения и политики в области здоровья** — эта область направлена как на изучение и модификацию самой системы здравоохранения в целом, так и на анализ и улучшение взаимодействия между врачом — пациентом. То, как складывается это взаимодействие и осуществляется коммуникация между ними, отражается на том, в какой мере пациенты следуют указаниям врача, адаптируются к ситуации болезни, выздоравливают.

Указанные выше сферы отражают интересы психологии здоровья в целом, объединяющей усилия различных отраслей психологии, нас интересует *вклад* социальной психологии в каждую из этих сфер. В этой связи сделаем здесь ряд уточнений и дополнений в отношении специфики интересов социальной психологии здоровья и болезни. Например, социальные психологи ищут ответы на вопросы, касающиеся восприятия болезни. Так, индивиды недооценивают опасность для них самих воздействия различных распространенных факторов, угрожающих жизни: сердечно-сосудистые заболевания, диабет, но переоценивают опасность необычных событий, например быть убитым [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Эта переинтерпретированная вероятность события, уг-

рожающего здоровью человека, принимается во внимание при планировании соответствующих действий.

Стресс, связанный с различными изменениями, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье: как физическое, так и психическое. Психологии стресса посвящены многочисленные работы [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Однако было бы интересно проанализировать, как те или иные стрессогенные события интерпретируются самими индивидами. К примеру, убежденность в своих умениях противостоять стрессогенным ситуациям позволяет не подвергаться негативному влиянию стресса [Bandura, 1998].

В качестве другого аргумента, демонстрирующего необходимость именно социально-психологического изучения проблем здоровья и болезни, можно привести утверждение Х. Левенталя и М. Дифенбаха, согласно которому «болезнь — это значительный аспект жизненного цикла. Каждая культура имеет свои институты, свои экспертные и не-экспертные роли, свои ритуалы вступления и выхода из жизненного цикла, а также для того, чтобы справиться с болезнью» [Leventhal, Diefenbach, 1991. С. 247]. Культура оказывается важной составляющей проблематики здоровья и болезни, особенно в связи с разработкой превентивных и профилактических программ и кампаний.

Возникновение и широкое распространение СПИДа поставило перед социальными психологами новые задачи. Так, жизнь с тяжелым заболеванием неизбежно требует построения новой идентичности, адаптации человека к болезни, переопределения себя в отношении других, построения новых отношений с ними. Широкое распространение СПИДа сделало необходимым изучение того, как люди представляют себе эту болезнь, как они действуют в эпоху эпидемии смертельно опасной болезни, что они думают и как относятся к больным, которые страдают не только от самой болезни, но и от негативного или равнодушно-го отношения окружающих.

На значимость социально-психологического анализа проблем здоровья и болезни указывает то, что этот подход позволяет исследовать, как обыденное знание о здоровье и болезни соотносится с тем или иным поведением, как взгляды на здоровье и болезни влияют на практику здорового образа жизни. Не только люди, страдающие хроническими заболеваниями, вырабатывают в отношении причин своего недуга различного рода теории [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004], но и здоровые люди строят модели, объясняющие этиологию болезней, в особенности когда возникает эпидемия новой неизлечимой болезни, как, например, в случае СПИДа. Поиск путей изменения поведения неизбежно лежит через изучение установок, убеждений, ценностей, представлений, ориентирующих, направляющих и оправдывающих те или иные действия (равно как и бездействия), связанные со здоровьем и с болезнью. Каждый ин-

дивид имеет собственный опыт болезни и ее лечения, собственные «способы диагностики» своего состояния, апеллируя к самым разнообразным знаниям, представлениям о здоровье и о болезни, ибо соматические заболевания сопровождают человека на протяжении всей жизни. Как точно заметила В. В. Николаева: «Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Телесные недуги (соматические заболевания) сопровождают человека от рождения до смерти. Без преувеличения можно сказать, что вся история человечества может быть представлена как история изучения заболеваний и поиска средств борьбы с ними с целью продления полноценной человеческой жизни, повышения ее качества и удовлетворенности человека собственной жизнью» [Николаева, 1995. С. 207]. С точки зрения социальной психологии, можно добавить, что это была борьба с болезнями, где зачастую самым эффективным средством являлась борьба с самими больными.

Здоровое поведение, здоровый образ жизни, проблемное поведение, опыт болезни, — все это происходит в определенном социальном и историческом контексте, который оказывает влияние на то, что индивид думает и чувствует в отношении болезни и здоровья, а также на то, как он строит соответствующее поведение по поддержанию здоровья и защите от болезни. И здесь можно согласиться с Д.Бар-Талем в том, что социальная психология «не может избежать отношений с более широкой социальной системой, если она желает быть социальной в широком смысле этого слова и соответствовать тем проблемам, которые занимают людей в их социальной жизни» [цит. по: Howarth, 2006. С. 66]. Тогда политические, социальные и экономические изменения, происходившие в Восточной Европе в конце XX века и неизбежно отразившиеся на здоровье граждан [Гордон, Возьмитель, Журавлева, Клопов, Римащевская, Ядов, 1998; Flick, 2000; Piko, 2004], также должны быть в фокусе внимания исследователей.

Успех программ, продвигающих здоровье и здоровый образ жизни, а также эффективность превентивных мероприятий определяются тем, например, насколько люди, кому адресована эта информация, понимают ее как релевантную, принимают как затрагивающую их лично, знают, как нужно действовать, и готовы к этому поведению. Недифференцированное обращение «ко всем» едва ли результативно, оно может быть легко отвергнуто, ибо не обладает высокой личностной релевантностью. В то же время задача социальных психологов, как в случае СПИДа, заключается в том, чтобы не драматизировать и не морализировать ситуацию вокруг болезни, а указать пути ее избежания, помочь преодолеть сильный страх, который не может быть хорошим советчиком. Человек, сталкиваясь с пугающей информацией и отсутствием конкретных мер по реальному устранению источника опасности, предпринимает наименее сложную стратегию поведения — отрицание риска. Это соответствует

описанному в социальной психологии феномену — *перцептивной защите* [Андреева, 2005]: легче убедить себя, что угроза заболевания касается других, или просто оградить себя от травмирующей информации, чем принять ее как релевантную и изменить собственное поведение. Как следствие — в ситуации реальной угрозы болезни (СПИД не дискриминирует, дискриминируют люди) люди оказываются защищенными на воображаемом уровне. В самом начале эпидемии стало очевидно, что простое информирование о болезни, о способах ее распространения необходимо, но только конкретное знание не остановит темпов распространения СПИДа, ибо одна из важнейших проблем в связи со здоровьем и болезнью заключается в том, что между поведением, которое ведет к болезни, и самой болезнью существует некоторый временной разрыв. Именно эта «пауза» дает индивиду возможности найти иные пути объяснения причин болезни, оправдать настоящее поведение и ничего не менять. Это одна из самых важных проблем разработки различного рода превентивных и профилактических программ. Кроме того, разрабатываемые превентивные и профилактические программы, требуется, чтобы те, кому они адресованы, не были сторонними наблюдателями, но участниками. И тут мы можем только согласиться с И.Н.Гурвичем, который, резюмируя свою работу по социальной психологии здоровья, подчеркивает, что «разработка эффективных профилактических программ не может иметь под собой никакого другого сколько-нибудь прочного основания, кроме результатов эмпирических социально-психологических исследований здоровья» [Гурвич, 1999. С. 519].

## **2.2 Социально-психологические подходы к изучению здоровья и болезни**

Хотя проблемы здоровья и болезни оказывались в фокусе внимания социальных психологов со времен окончания Второй мировой войны, но их систематическое изучение относится лишь к 70-м годам XX века. Однако за эти годы было выполнено большое количество социально-психологических работ по проблемам здоровья и болезни. В учебниках по социальной психологии появились соответствующие разделы, посвященные здоровью и болезни, были опубликованы самостоятельные работы по социальной психологии здоровья [Аронсон, Уилсон, Эйкерт, 2002; Нисбетт, Росс, 1995; Тейлор, Пипло, Сирс, 2004; Social psychology..., 2003; Stroebe, 2000, и др.].

Имеющееся социально-психологическое знание, применимое к проблемам здоровья и болезни, можно классифицировать различными способами. Можно исходить из основной проблематики, которую изучает социальная психология в связи со здоровьем и болезнью (например, курение, СПИД, рак, диабет, здоровый образ жизни, феномен «выгора-

ния» и пр.), именно такой способ избран авторами работ по социальной психологии здоровья [Social psychology..., 2003; Stroebe, 2000]. Мы же отдаем предпочтение такому изложению различных подходов анализа здоровья и болезни, который позволяет проанализировать объяснительную схему, приложимую к проблемам здоровья и болезни, выявить механизмы поведения, связанного со здоровьем и болезнью, оценить вклад социально-психологических концепций в данную область и проанализировать формирование и изменение убеждений и представлений о здоровье и болезни. Остановимся подробнее на этих способах классификации.

Во-первых, их можно рассматривать, исходя из основных социально-психологических теоретических ориентаций [Андреева, 2005; Андреева, Богомолова, Петровская, 2001]: психоаналитической, необихевиористской, интеракционистской и когнитивистской, как это и предлагается в работе И. Н. Гурвича (1999), дополнив эту классификацию взглядом гуманистической психологии [Созонтов, 2003]. Во-вторых, можно апеллировать к идее Х. Жоффе (2002) и различать две традиции изучения проблем здоровья и болезни в социальной психологии — англосаксонскую и французскую. Первая традиция апеллирует к когнитивным процессам как основному механизму, определяющему, что человек думает и делает. Индивид перерабатывает информацию в отношении здоровья и болезни, фильтруя ее через «мембрану» аттитудов и убеждений, допуская при этом ошибки. Вторая<sup>1</sup> — учитывает символические, социально-культурные и исторические переменные, оказывающие влияние на то, что человек думает и делает в связи со здоровьем и болезнью.

Третий вариант классификации социально-психологических подходов к изучению данной проблемной области — с точки зрения объяснительного уровня теорий. В. Дуаз предлагал различать следующие уровни объяснения (по сути — уровень причин, которые может использовать ученый при анализе и интерпретации явлений): интраиндивидуальный, интерперсональный, позиционный или интергрупповой и идеологический [Doise, 1986]. В силу негативной коннотации понятия «идеологический» воспользуемся понятием, которое смыслово отражает идею Дуаза, оставаясь при этом нейтральным, — социетальный. Здесь и далее мы будем использовать именно это понятие.

Наконец, в-четвертых, можно классифицировать подходы с точки зрения *вклада* социальной психологии в область здоровья и болезни и объяснительной силы концепций. Тогда различаются три направления исследования: общие теории и концепции<sup>2</sup>; специфические теории и

---

<sup>1</sup> Здесь подразумеваются концепции когнитивистской ориентации и теория социальных представлений соответственно.

<sup>2</sup> Речь идет о различных теориях, которые приложимы для разрешения проблем здоровья и болезни наряду с другими сферами.

модели<sup>1</sup> для анализа и разрешения проблем здоровья и болезни; серии эмпирических исследований, требующие теоретических обобщений [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Приложение социально-психологических теорий к проблемам здоровья и болезни позволяет использовать имеющееся теоретическое знание для ответа на важные вопросы в связи со здоровьем и болезнью, одновременно разработки в этой области способствуют дальнейшему развитию теоретического знания.

Каждый из этих способов классификации подходов к изучению здоровья и болезни представляется достаточно интересным и привлекательным для нас, каждый направлен на разрешение какой-то специфической задачи. Наша задача в данной главе заключается в рассмотрении различных социально-психологических подходов к проблемам здоровья и болезни, анализе того, каково влияние социокультурных факторов на убеждения и представления о здоровье и болезни, а также, как это в конечном счете отражается на вовлеченности или невовлеченности в поведение, связанное со здоровьем и болезнью. Мы отдаем предпочтение четвертому способу классификации подходов, однако сконцентрируем внимание исключительно на общих и специальных теориях и моделях. Идея Х. Жоффе также представляется нам важной, так как наши собственные исследования выполнены в русле теории социальных представлений. Однако использование только критерия Жоффе для классификации в данном случае оставляет вне рассмотрения ряд схем, объясняющих поведение, связанное со здоровьем и болезнью.

Используя метафору, можно сказать, что различные карты описывают одну и ту же территорию — убеждения и поведение, связанные со здоровьем и болезнью, — с разных точек зрения. Попадание на новую территорию требует обращения к новой карте, за счет использования разных карт территория становится более понятной. Аналогична ситуация с теориями. Не существует правильной теории, есть только теория, которая лучше всего отвечает нашим требованиям по сравнению с остальными. В этом смысле мы попытались в данной главе максимально полно представить модели и теории, опирающиеся на различные объяснительные схемы, проанализировать основные идеи каждой из них, указать на их сильные и слабые стороны.

Оценка и сравнение разных теорий и моделей показывают, что они не столь различны в понятиях, используемых для формулирования тех или иных предположений, но в том, какой акцент делается на данном конструкте по сравнению с другим. Ряд конструктов различных теорий и моделей сходны, ибо это заимствование позволяет повышать объяснительную способность моделей.

---

<sup>1</sup> Эти модели получили название *grounded theories*, которые разработаны только для объяснения узких проблем и не предусматривают использования в других областях

**Общие теории.** Общее предположение, на которое опираются исследователи, используя эти объяснительные схемы, заключается в том, что поведение, связанное с болезнью или здоровьем, может быть предсказано, основываясь на общих концептах, будь то аттитуды, убеждения, представления, процессы сравнения или атрибуции и пр. Среди теорий, принимаемых на вооружение для разрешения проблем здоровья и болезни: 1) теории аттитудов, 2) атрибутивные теории, 3) теория социального сравнения, 4) социально-когнитивная теория. Вклад каждой из этих теорий в изучение проблематики здоровья и болезни различен.

**Теории аттитудов.** Эти теории не были разработаны для изучения здоровья и болезни, но они оказались применимы для этой сферы. Основными допущениями *теории причинного действия*, предложенной А. Айзенем и М. Фишбайном [Ajzen, Fishbein, 1980], являются следующие: человек — рационален, он систематически использует доступную ему информацию, в нашем случае она касается здоровья и болезни. Индивид взвешивает последствия поведения перед тем, как предпринять какое-либо действие или отказаться от него. Поведение непосредственно связано с интенцией<sup>1</sup>, или готовностью к выполнению некоторого действия. Интенция к действию находится в линейной зависимости от аттитуда в отношении данного действия и субъективных норм (воспринимаемое социальное давление) по отношению к выполнению или невыполнению этого действия. Айзен и Фишбайн подчеркивают, что аттитуд в этой модели — оценка некоторого поведения с помощью континуума: нравится — не нравится, хороший — плохой, благоприятный — неблагоприятный, полезный — бесполезный [Ajzen, Fishbein, 2000]. Субъективные нормы определяются убеждениями о том, как значимые другие оценивают это действие, а также мотивацией к согласию с ними. Те индивиды, у которых возникла интенция к действию, например к выполнению превентивного поведения, с большей вероятностью будут его выполнять, чем те, у кого она отсутствует. Чем выше интенция к действию, тем больше вероятность, что человек будет выполнять это действие. Позитивные аттитуды к тому или иному объекту, действию располагают к совершению этого действия, а негативные — к избеганию его. Возникновение у людей интенции к действию и означает причинное действие, т.е. интенции следуют из убеждений в отношении некоторого поведения. Вовсе не обязательно, чтобы эти убеждения соответствовали реальности, они могут быть ошибочными, неточными. Самое важное, что, как только убеждения сформированы, возникает «когнитивное основание» для образования аттитудов, воспринимаемых социальных норм, интенции к действию.

---

<sup>1</sup> Э. Аронсон обозначает интенцию «бихевиоризмом» [Aronson, 1998], что хорошо отражает близость интенции к самому поведению.

Обратим внимание на операционализацию понятия интенции или готовности к действию. Существует несколько конструктов, близких по смыслу к интенции. П. Варшау и Ф. Дэвис [Salovey, Rothman, Rodin, 1998] предложили различать поведенческую интенцию и поведенческие ожидания: первое предполагает план выполнения действий, последнее указывает на вероятность того, что поведение будет выполнено в будущем. Различая эти понятия, авторы предполагали, что поведенческие ожидания определяются прошлым поведением, а также наличием или отсутствием ситуативных переменных. Учет уже имевшегося в прошлом поведения вместе с определенными ситуативными параметрами может лучше предсказывать будущее поведение. Эмпирические проверки этого предположения оказались достаточно противоречивыми. С одной стороны, подтверждение сказанному находим в работе Ф. Гиббона и М. Джерарда [Ibid], согласно которой у людей нет готовности к рискованному поведению (например, управлять машиной в состоянии алкогольного опьянения), но они *действуют* именно таким образом, несмотря на их готовность к противоположному поведению. Получается, что желание поступить тем или иным образом связано скорее с параметрами ситуации, складывающейся здесь и сейчас, а не с применением определенного плана действий. С другой стороны, судя по недавним результатам, полученным К. Армитажем с коллегами [Armitage, Conner, Norman, 1999], значимых различий между этими концептами обнаружить так и не удалось. Поведенческое ожидание может предсказать поведение, но не может его объяснить.

Исследования показывают, что важным параметром, отражающим ся на возможности предсказать поведение по готовности к его выполнению, явилось время. Чем меньше времени между готовностью к действию и самим действием, тем с большей вероятностью индивид, высказавший эту готовность, на самом деле осуществит действие. С увеличением времени эта связь становится более слабой, возрастает вероятность того, что непредвиденные обстоятельства могут изменить интенцию. Так, интенция к выполнению утренней гимнастики, высказанная вечером, может не привести к выполнению физических упражнений утром, когда большую ценность с точки зрения здоровья возымеет продолжительный сон. Метаанализ исследований по использованию презервативов отчетливо продемонстрировал существование негативной связи между интенцией и временем [Sheeran, 2002]. Чем больше времени между интенцией к поведению и самим поведением, тем слабее интенция связана с соответствующим поведением. Предсказание поведения, отсроченного во времени, представляется возможным, если поведение индивида связывается с некой социальной ролью, которую он исполняет. Это подразумевает определенную стабильность

убеждений, ведущих к соответствующему поведению, а также более или менее устойчивое выполнение действий [Salovey, Rothman, Rodin, 1998], но использование этого конструкта предполагает принадлежность теории к более высокому уровню объяснения.

А. Айзен и М. Фишбайн также предлагают рассматривать четыре измерения соответствия между аттитудом и поведением [Андреева, 2005; Ajzen, Fishbein, 1980]: *элемент действия* (под которым подразумевается определенное поведение, например, использование средств по защите кожи от солнечных лучей); *элемент цели* (то, на что направлен аттитуд — солнцезащитный крем); *элемент времени* (продолжительность этого действия — в течение всех летних месяцев); *элемент контекста* (в какой именно ситуации — всякий раз летом, когда участки кожи оказываются под интенсивным воздействием солнечных лучей, особенно с 12 до 16 часов). Учет этих измерений позволяет предсказывать логику соответствия аттитудов и поведения.

Теория причинного действия получила эмпирическую поддержку в исследованиях курения, употребления алкогольных напитков, использования презервативов, диет, выполнения физических упражнений, самообследования груди у женщин, участия в медицинских обследованиях и др. Однако эта теория имеет ряд ограничений. Во-первых, в ее основе лежит предположение о рациональности индивида, о волевом контроле его поведения, однако не всегда у него существует возможность этого контроля. Это особенно отчетливо проявляется в эпоху эпидемии СПИДа, когда, пытаясь понять и предсказать поведение человека, недостаточно апеллировать только к рациональности, необходимо учитывать его аффективные стороны.

Во-вторых, теория апеллирует к индивидуальному уровню анализа, что ограничивает ее применимость для объяснения ряда различных вариантов поведения. Например, использование презервативов<sup>1</sup> как превентивной меры превращается в сложно прогнозируемое действие, если учесть, что в ситуации выполнения этого превентивного действия есть еще один субъект, сексуальный партнер, с которым необходимо прийти к взаимному согласию. Хотя существуют работы, в которых исследователи пытаются включить дополнительные факторы, оказывающие влияние на связь интенции с поведением (например, кооперация с партнером в случае использования презервативов) [Kashima, Gallois, McCamish, 1993], однако коммуникация как таковая исключена из модели. Й. Кашима с коллегами отмечает, что теория причинного действия не апеллирует к понятию кооперации и необходимо искать объяснения в моделях кооперативного поведения.

---

<sup>1</sup> Большая часть исследований, выполненных в русле теории причинного действия или теории запланированного поведения, посвящена анализу этого типа поведения.

В-третьих, эмпирически показано, что зачастую индивиды сначала изменяют само поведение, а только затем — соответствующие аттитюды [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004].

Наконец, существует разрыв между интенцией и поведением, далеко не всегда интенция приводит к выполнению соответствующего действия, индивиды «забывают» выполнять то, что предполагали сделать, меняют свои решения и пр.

«Улучшенным» вариантом теории причинного действия можно считать *теорию запланированного поведения*<sup>1</sup> А. Айзена [Ajzen, 1991]. Здесь появляется новый конструкт — воспринимаемый поведенческий контроль, который оказывает прямое влияние на интенцию или непосредственное влияние на само поведение. Воспринимаемый поведенческий контроль должен быть понят как «воспринимаемый контроль за выполнением поведения» [Ajzen, 2002a. С. 4]. Этот конструкт не является новым или специфичным только для теории запланированного поведения, сходные конструкты присутствуют в модели убеждений о здоровье И. Розенстока и в социально-когнитивной теории А. Бандуры<sup>2</sup>. Идея о том, что поведение зависит от мотивации (интенции) и способности (поведенческий контроль), также не является новой, она является основополагающей для различных исследований (по научению животных, уровню притязаний, выполнению психомоторных или когнитивных задач, а также межличностному восприятию и атрибуции). Новизна же данной теории заключается в определении интенции и других теоретических конструктов в терминах попытки выполнения некоторого поведения, а не в терминах текущего поведения [Ajzen, 1991].

Основные допущения данной теории заключаются в следующем: 1) интенция непосредственно предшествует действию; 2) интенция находится в линейной зависимости от аттитюда в отношении определенного поведения, субъективных норм и воспринимаемого контроля; 3) эти детерминанты интенции определяются поведенческими, нормативными убеждениями, а также убеждениями о контроле; 4) в свою очередь эти три типа убеждений *могут варьировать* в зависимости от широкого круга факторов различного уровня (индивидуальных, социальных, информационно-коммуникационных). *Индивидуальные факторы* подразумевают особенности, связанные с личностью индивида, его аффективно-эмоциональной и интеллектуальной сферами, ценностями и стереотипами, более общими аттитюдами, а также прошлым опытом. *Социальные факторы* включа-

---

<sup>1</sup> Сам Айзен так говорит о своей теории: «Теория запланированного поведения возникла как одна из самых влиятельных и популярных концептуальных рамок для изучения действия человека» [Ajzen, 2002a]. Справедливости ради заметим, что позднее в проверке и разработке этой теории участвовал также М. Фишбайн.

<sup>2</sup> Эти подходы будут рассмотрены ниже.

ют образование, половозрастные характеристики, уровень доходов, религиозную и этническую принадлежность, факторы культуры. Наконец, *информационные факторы* подразумевают различные знания индивида, воздействие массмедиа. В этот широкий круг факторов, от которых зависят убеждения, могут также входить характеристики физического окружения индивида [Ajzen, Fishbein, 2005]. Однако все эти факторы (индивидуальные, социальные, информационные), с точки зрения А. Айзена и М. Фишбайна, не оказывают непосредственного влияния на убеждения индивида, поэтому авторы уделяют меньше внимания этим переменным.

Внесение дополнительного компонента в теорию позволяет прогнозировать поведение, которое не находится полностью под волевым контролем индивида. В теорию не только был добавлен конструкт, впоследствии также учли достижения социальной психологии, связанные с аттитудами, с автоматическими процессами, инициирующими поведение. Воспринимаемый поведенческий контроль операционализируется как оценка индивидом легкости или сложности выполнения поведения. Эта переменная связана с оценкой индивидом обладания ресурсами или возможностями, необходимыми для действия. При сильном убеждении о существовании факторов, которые облегчают выполнение того или иного поведения, у человека складывается высокий воспринимаемый контроль поведения. А. Айзен предполагает, что поведенческий контроль может оказывать и прямое влияние на интересующее нас поведение: если человек уверен в том, что он контролирует превентивное поведение, то он с большей вероятностью будет его выполнять, однако это предположение получило противоречивую эмпирическую поддержку. Воспринимаемый поведенческий контроль не может быть реалистичным, если, например, у индивида мало информации о поведении или в ситуации возникли новые неизвестные элементы [Ajzen, 1991]. В результате выполнения поведения может возникнуть новая информация о самом результате поведения, об ожиданиях окружающих, о воспринимаемом контроле. Эта обратная связь, вероятно, оказывает влияние на будущую интенцию и на будущее поведение.

А. Айзен и М. Фишбайн уточняют природу основных конструктов, давая некоторые методические указания. Так, в связи с аттитудами в отношении поведения предлагается различать два аспекта: *инструментальный* (этот аспект операционализируется с помощью шкал: желательный — нежелательный, полезный — бесполезный) и *аффективный* (приятный — неприятный, интересный — неинтересный). При измерении аттитудов необходимо учитывать оба аспекта. Аналогичным образом в отношении норм предлагается различать *предписывающие* (восприятие того, что другие думают о том, что нужно делать) и *опи-*

*сательные, или поведенческие, нормы* (восприятие того, что другие реально делают). Опять же оба аспекта должны быть учтены при операционализации данного конструкта. Природа воспринимаемого контроля более противоречива, однако имеются основания различать два аспекта: 1) трудность или легкость выполнения поведения; 2) то, в какой степени человек может выполнить это поведение [Ajzen, Fishbein, 2005].

Теория запланированного поведения получила эмпирическую поддержку на примере различных вариантов поведения, связанного со здоровьем и болезнью. Исследования в области СПИДа и заболеваний, передаваемых половым путем, позволили выделить дополнительный конструкт — нормативные ожидания партнера (норма партнера), которые оказывают влияние на интенцию к действию [Ibid]. Этот результат специфичен для данного поведения и не встречается в других случаях.

Аттитюды, субъективные нормы и воспринимаемый контроль — все эти конструкты не зависят друг от друга, однако они могут быть связаны в силу того, что основываются на одной и той же информации. В модели ничего не говорится о том, каков *вес*, какова *важность* каждого конструкта. Отсюда для одного поведения интенция в большей степени определяется аттитюдами, для другого — субъективными нормами. Наконец, интенция в отношении потери веса в наибольшей степени определяется воспринимаемым контролем. Очевидно, что применение теории запланированного поведения будет различаться в случае такого поведения, как чистка зубов, и в случае выполнения безопасного сексуального поведения с точки зрения того, какой именно конструкт в большей степени предсказывает интенцию к действию.

Наиболее противоречивые результаты в эмпирических проверках данной теории относятся к непосредственному влиянию воспринимаемого контроля на поведение. Стремясь прояснить эту ситуацию, исследователи показали на примере 11 вариантов поведения, связанного с безопасным сексом у геев (среди которых использование презервативов, обсуждение с новым партнером мер безопасного секса, прохождение анализа крови на ВИЧ-инфекцию и пр.), что воспринимаемый контроль не оказывает значимого прямого влияния ни на один вариант поведения, связанного с безопасным сексом, но предсказывает интенцию в случае нескольких видов такого поведения [Rye, Fisher, Fisher, 2001].

Зачастую поведение индивида совершается по привычке, автоматически — этот факт был продемонстрирован в различных моделях и теориях [Sheeran, Conner, Norman, 1999]. В литературе можно найти следующие критерии автоматических процессов: 1) они совершаются без интенции к действию, т.е. не требуют волевого акта; 2) они не контролируемы, что подразумевает, что если этот процесс начался, то человек не может его остановить; 3) такие процессы осуществляются без уси-

лий и не смешиваются с другими осознаваемыми или неосознаваемыми процессами [Ajzen, Fishbein, 2000]. Прошное поведение оказывается хорошим источником информации об интенции к действию и воспринимаемом поведенческом контроле, что определяет интенцию поведения в будущем.

Метаанализ 96 исследований<sup>1</sup>, выполненных в русле теории причинного действия и теории запланированного поведения<sup>2</sup>, показал, что прошлое поведение оказывает влияние на убеждения, формирующие субъективные нормы и аттитюды, а также на интенцию к действию и воспринимаемый поведенческий контроль. Непосредственное влияние прошлого поведения на будущее оказывается менее значимым по сравнению с влиянием на переменные, указанные выше. Чем больше индивиды выполняли поведение в прошлом (использовали презервативы), тем с большей вероятностью они будут воспринимать это поведение в будущем как контролируемое.

Серии исследований основываются на том, что привычка является мерой прошлого поведения, когда поведение становится привычным, то оно более не вовлекает когнитивные процессы [Rhodes, Courneya, 2003]. Для А. Айзена же эта привычка не отождествляется с поведением, которое часто повторялось в прошлом: «неважно, сколько раз мы взбирались на ту же самую гору, трудно поверить, что такое поведение стало рутинным» [Ajzen, 2002b. С. 109], в том смысле, что оно превращается в ряд автоматических действий. Поведение такого типа требует контроля, несмотря на тот факт, что оно выполнялось неоднократно в прошлом.

Аттитюды, субъективные нормы и воспринимаемый контроль по отношению выполнения физических упражнений, например, будучи сформированными однажды, активизируются в будущем без специального повторного анализа плюсов и минусов данного поведения [Ajzen, Fishbein, 2000]. Это в особенности касается простого рутинного поведения (например, чистка зубов), отчасти нечто подобное происходит и тогда, когда мы имеем дело с более сложным поведением. Когда поведение становится привычным, то частота выполнения поведения в прошлом может оказаться хорошей основой для предсказания последующего поведения, однако это не сбрасывает со счетов интенцию к действию [Ajzen, 2002b].

---

<sup>1</sup> В Северной Америке было выполнено 72% исследований, в Европе — 9%, в Австралии — 9% [Albarracín et al., 2001]. Основная часть этих исследований проводилась в 1990-х годах. Исследованию подверглись различные группы (взрослые и подростки, «группы риска» и др.). Средний возраст испытуемых составил 26,75 лет.

<sup>2</sup> Даже после того, как теория причинного действия была улучшена и появилась теория запланированного поведения, все же исследователи зачастую использовали обе эти модели для изучения различных проблем. Отсюда и возможность проводить метааналитические исследования.

Когда у человека есть аттитюды и интенции к действию (например, использованию ремней безопасности), которые характеризуются амбивалентностью, индифферентностью и нестабильностью, то они не могут предсказывать поведение, зато оно может быть выведено исходя из прошлого поведения индивида (неиспользования ремней безопасности). Как только аттитюды и интенции будут определенными (использовать ремни безопасности), то эффект прошлого поведения перестанет быть значимым.

Тот факт, что поведение выполнялось в прошлом и повторяется в настоящем, может свидетельствовать о стабильности поведения во времени, о том, что факторы, определяющие это поведение, остаются стабильными [Ibid]. В том случае, когда человек сталкивается с необходимостью выполнять новое поведение, то он, как отмечает А. Айзен, с необходимостью вовлекается в обсуждение этого поведения, ибо это требуется для формирования интенции. После того как интенция сформировалась, обсуждения перестают быть необходимыми, ибо интенция спонтанно актуализируется в соответствующей ситуации [Ajzen, Fishbein, 2000]. Однако выполнение поведения требует некоторых усилий — в этом случае речь идет о формировании плана, определяющего, где, когда и как предпринять действия, соответствующие интенции. Оказалось, что те испытуемые, у которых были сформированы такие *планы по выполнению интенции к действию* (профилактическое обследование), чаще выполняли действие (участвовали в этом профилактическом обследовании), чем те, у кого отсутствовал такой план [Ajzen, 2002b; Sheeran, 2002]. Наличие такого плана способствует тому, что в соответствующей ситуации присутствуют некоторые «напоминания» о том, что индивиду необходимо выполнить действие, здесь также эффект прошлого поведения не будет значимым для будущего поведения [Ajzen, 2002b].

Теория запланированного поведения имеет в своем запасе большое количество эмпирических исследований и является одной из доминирующих теорий, в русле которой изучаются проблемы здоровья и болезни. Но даже в этом улучшенном варианте (по сравнению с теорией причинного действия) она не преодолевает ряда серьезных ограничений, ибо основывается на предположении о рациональности индивида [Armitage, Conner, Norman, 1999; Sheeran, 2002]. А. Айзен и М. Фишбайн пытаются защититься от критики, указывая на то, что эмоциональный фактор не оказывает непосредственного влияния на интенцию и на само поведение, но их аргументы не подкреплены эмпирическими фактами, в то время как есть эмпирические основания утверждать, что эмоциональный фактор может оказывать прямое влияние. Различное настроение (позитивное или негативное) по-разному предсказывает использование презервативов. В позитивном настроении основным конструктором, который предсказывал интенцию к использованию презервативов, были субъективные

нормы, в негативном настроении — аттитюды [Armitage, Conner, Norman, 1999]. Аналогичным образом настроение индивидов определяло то, какие именно конструкторы предсказывают интенцию к выбору здоровой пищи. В ситуации позитивного настроения — самоидентичность (конструктор, добавленный исследователями, но отсутствующий в теории запланированного поведения) предсказывала интенцию к предпочтению здоровой пищи. В ситуации негативного настроения к этому конструктору добавляются еще и аттитюды. Кроме того, контекст, в котором индивид осуществляет выбор между действиями или между действием и бездействием, связан с угрозой здоровью и жизни человека: СПИД, рак, различные болезни и др. Таким образом, влияние аффективного аспекта должно быть учтено в модели, объясняющей поведение.

Теория запланированного поведения основывается на идее индивидуального принятия решений, а это является слабым основанием для предсказания поведения, связанного с болезнью или здоровьем. Теория по своим возможностям оказывается более узкой, чем те ситуации, которые она стремится объяснить (в особенности это справедливо для тех ситуаций, когда речь идет о взаимодействии, например, поведение по использованию презервативов). Еще одно ограничение теории заключается в том, что интенция предсказывается лучше, чем само поведение. Это ограничение понятно: аттитюды, нормы, воспринимаемый контроль и интенция являются переменными когнитивного уровня, в то время как в случае связи интенции и поведения речь идет о переходе от когниций к поведению, и переход этот более драматичен. Причем различные исследования, выполненные в русле данной теории в области здоровья и болезни, показывают, что значение интенции, измеряемой с помощью семибальной шкалы, может быть одинаковым для индивидов, только одни из них предпринимают действия в соответствии с высказанной интенцией, а другие — нет.

Теоретически возможно говорить о четырех вариантах сочетания интенции и поведения (табл. 1). Если первый и четвертый случаи таблицы соответствуют теории (т.е. человек, высказывая интенцию в отношении выполнения физических упражнений, выполняет их; или человек, не высказывая интенции к прекращению курения, продолжает курить), то второй и третий (человек высказывает интенцию выполнять физические упражнения, не выполняет их; человек, не высказывая интенции прекратить курить, прекращает курение) — нарушают ее.

Анализ ряда исследований в области здоровья (на примерах использования презервативов, участия в обследовании по выявлению онкологического заболевания, выполнения физических упражнений с учетом различных вариантов сочетания интенции и действия) показал, что в 47% случаев (по медиане) индивиды высказывают интенцию к выполнению поведения, связанного со здоровьем, но не действуют (вари-

Таблица 1

**Варианты сочетания интенции к выполнению поведения  
и самого поведения**

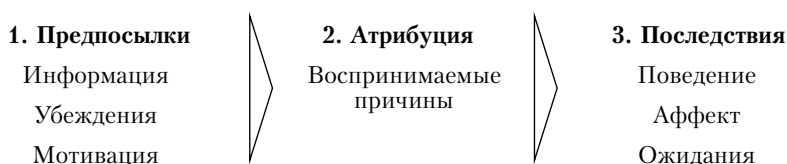
| Поведение                      | Интенция к выполнению поведения |            |
|--------------------------------|---------------------------------|------------|
|                                | позитивная                      | негативная |
| Индивид выполняет поведение    | 1                               | 3          |
| Индивид не выполняет поведение | 2                               | 4          |

ант 2), и только в 7% случаев (по медиане) индивиды действуют, однако не высказывают интенции к совершению этого действия. Получается, что теория «нарушается» в основном теми, кто высказывает интенцию к действию, но не действует. Это рассогласование может объясняться рядом факторов, которые оказывают влияние на связь между интенцией и самим поведением. Представление о себе как о «физически активном человеке» или как «поддерживающем себя в хорошей форме» оказывает модулирующий эффект на связь между интенцией к выполнению физических упражнений и их непосредственным выполнением [Sheeran, Conner, Norman, 2001]. Степень сформированности интенции также определяет связь между этой интенцией к действию и поведением: хорошо сформированная интенция к выполнению физических упражнений лучше предсказывает само поведение, чем плохо сформированная [Sheeran, 2002].

**Атрибутивные теории.** В рамках атрибутивных теорий также предлагается рассматривать проблемы здоровья и болезни. Остановимся кратко на сути самих этих теорий, прежде чем рассматривать их вклад в разрешение проблем здоровья и болезни. Атрибутивные теории основываются на идее, согласно которой индивиды стремятся к получению реалистического понимания событий, происходящих вокруг них. Индивид действует как *наивный ученый*, который старается понять мир, предсказать и проконтролировать его. Для достижения этой цели *наивный ученый* использует различные приемы и способы по аналогии с настоящим ученым. Авторы атрибутивных теорий полагали, что процесс приписывания причин поведения может быть описан по аналогии с принципом ковариации, предложенным С.Миллем. Однако, в противоположность настоящему ученому, *наивный ученый* не подвергает свои гипотезы верификации.

Атрибутивные процессы позволяют индивиду снизить двусмысленность, возникающую в социальном мире, способствуют пониманию собственного поведения, а также пониманию действий других. Люди придают смысл пугающим событиям, причем зачастую они допускают ошибки в отношении причин поведения, ответственности индивидов за то или иное событие или действие.

Если пытаться представить общую схему, которая объединила бы все теории, использующие в качестве объяснительного механизма атрибутивные процессы, то можно воспроизвести схему, которую излагают Г. Келли и Дж. Мишела в работе «Теория атрибуции и исследование» (1980). Основная мысль данной схемы — индивиды интерпретируют поведение (свое или чужое) в терминах причин, эти интерпретации играют важную роль в поведении. Это положение достаточно важно с точки зрения анализа проблем здоровья и болезни, ибо позволяет анализировать то, как атрибуции соотносятся с поведением, проливает свет на то, что оправдывает то или иное действие или к чему приведет то или иное умозаключение в отношении причин поведения:



**Рис. 1.** (по Г. Келли и Дж. Нишела (1980))

С определенной долей условности эту схему можно разделить на две части. Первая часть объединяет первый и второй блоки этой схемы, теории и модели, сфокусировавшие свое внимание на этой части схемы (на предпосылках атрибуции и самом процессе атрибуции). Вторая часть объединяет второй и третий блоки — здесь преимущественное внимание уделяется тому, как индивид строит свое поведение, реагирует на атрибуцию [Kelley, Michela, 1980]. В любом случае, какую бы часть схемы мы ни брали за основу, процессы каузальной атрибуции оказываются в фокусе внимания.

Основная идея атрибутивной теории Ф.Хайдера, который, как известно, впервые занялся изучением того, как *наивный ученый* объясняет окружающий его мир, заключается в том, что диспозиции являются ключевой инвариантой, необходимой индивиду при восприятии сложного социального окружения. Хайдер исходил из левиновской формулы  $B = f(P, E)$ . С его точки зрения, в личности и в окружении следует различать по два компонента: *возможности личности* и *возможности окружения*. Первые — суть старания и возможности. Старание, в свою очередь, включает два компонента: интенция и настойчивость. *Возможности окружения* складываются из трудности, которую необходимо преодолеть для достижения цели, а также — случая. Разность между способностью и трудностью определяет умение, сочетание интенции и настойчивости дает старание [Хекхаузен, 1986]. По сути, это те самые параметры, которые использует индивид для приписывания причин поведения.

Другая схема того, как разворачивается атрибутивный процесс, была предложена Э. Джонсом и К. Дэвисом в «теории корреспондентного вывода» [Андреева, 2005]. Основная идея – реальный процесс поведения и процесс приписывания причин этого поведения являются прямо противоположными. Если реальный процесс движется от диспозиций к интенциям, через способности и знания к самому действию, то процесс приписывания причин поведения, которое привело к этим последствиям, происходит в обратном направлении: идет от следствий поведения, который наблюдает индивид, к его диспозициям.

Г. Келли предлагает различать два типа ситуаций, в которых индивид прибегает к помощи атрибуций [Kelley, Michela, 1980]. С одной стороны, у индивида есть ряд источников, из которых он черпает информацию и комбинирует для того, чтобы сделать определенный вывод в отношении причины поведения другого. С другой – у индивида есть только единичное наблюдение, на основе которого ему требуется сделать вывод. Для первого типа ситуаций Келли предложил модель анализа вариаций (ANOVA), для второй – теории каузальных схем.

Модель анализа вариаций опирается на три критерия валидности, необходимых для выбора одной причины поведения: *консенсус* (подобие поведения интересующего нас индивида поведению других людей), *различие* (отличается ли поведение интересующего нас индивида к данному объекту от его поведения по отношению и другим объектам), *соответствие* (одинаково ли поведение интересующего нас индивида в различных ситуациях). Как отмечает Г. Келли, наивный индивид, вовлеченный в процесс атрибуции, поступает по аналогии с ученым, так как опирается на такие принципы, как различие и соответствие [Kelley, Michela, 1980]. У человека, интерпретирующего поведение другого, есть возможность использовать такие причины, как личностные, объектные и обстоятельственные.

Если модель анализа вариаций основана на принципе ковариации, то теории каузальных схем опираются на принцип конфигурации, ибо в силу единичности наблюдения нет возможности использовать критерии валидации (консенсус, различие и соответствие), можно только выбрать причину из имеющихся. Для этого используются принципы усиления, обесценивания или систематического искажения информации. Г. Келли подчеркивает, что индивид, приписывающий причины – не просто приписывает их, он ищет информацию, некую латентную цель, которую он преследует – получение знаний для управления собой и окружающим миром, что делает его не «чистым» ученым, но *прикладным* [Försterling, 2002].

Дальнейшее развитие идеи Ф. Хайдера и Г. Келли получили, с одной стороны, в работах Б. Вайнера, который разработал еще одну модель атрибуции, рассматривая в первую очередь процессы атрибуции в контексте достижений [Försterling, 2002]. С другой – в работах Л. Абрам-

сона [Försterling, 2002, Peterson, Seligman, 1984], посвященных проблемам депрессии.

Основополагающая идея атрибутивной модели мотивации достижений Б. Вайнера заключается в том, что приписывание причин неудачи и успеха влияет на ожидания, эмоциональные реакции и поведение индивида. Так, если успех приписывается внутренней причине (способность), то это вызывает гордость, чего не происходит, если успех объясняется за счет апелляции к внешней причине (легкость задачи). Переживание стыда от неудачи также связано с внутренней причиной. Получается, что эмоциональные реакции, возникающие вслед за успехом или неудачей, зависят от локуса каузальной атрибуции. Если неудаче приписывается внутренняя и стабильная причина, а успеху — внешняя и нестабильная, то это сопровождается максимизацией негативных и минимизацией позитивных эмоциональных реакций, в результате минимизируются ожидания успеха [Försterling, 2002]. И наоборот, приписывание неудаче внешней нестабильной причины, а также внутренней стабильной — успеху способствует минимизации негативных эмоциональных реакций, возникновению ожиданий успеха. Другими словами, эмоциональные реакции и ожидания индивидов влияют на достижение успеха. Позже Б. Вайнер добавил еще одно измерение — контролируемость — неконтролируемость.

В современном варианте атрибутивные теории могут быть представлены в виде набора правил, используемых людьми для того, чтобы сделать выводы о самих себе и об окружающем их социальном мире. Индивид здесь активно конструирует реальность, которая и определяет его действия. Если возвратиться к рис. 1, то стоит отметить, что Г. Келли и Дж. Мишела особенно подчеркивают необходимость теории, которая могла бы объединить в единое целое предпосылки, атрибуцию и последствия. Это особенно верно в случае рассмотрения проблем здоровья и болезни, ибо это позволило бы рассматривать все звенья процесса атрибуции, а также знать о том, как это соотносится с поведением.

Если интегрировать имеющиеся исследования в области здоровья и болезни, выполненные в русле атрибутивных теорий, то с определенной долей условности можно выделить два направления: 1) атрибутивные процессы в отношении здоровья и болезней, серьезных заболеваний и травм, в связи со стигмой; 2) роль атрибуции в связи с превентивными программами в области здоровья.

В области здоровья и болезни интерес атрибутивных теорий представлен преимущественно двумя направлениями: 1) атрибутивные процессы в отношении здоровья и болезней, серьезных заболеваний и травм; 2) роль атрибуции в связи с превентивными программами в области здоровья. Справедливости ради заметим, что первое направление, теоретическое, представлено в литературе в большей степени, чем второе — прикладное.

В русле первого направления представляется возможным говорить о тех ситуациях, когда люди, серьезно заболев, пытаются «понять» или, что было бы вернее, приписать причины их болезней и, «установив» контроль над ними, разработать соответствующую стратегию поведения. Эта стратегия заключается в приписывании ответственности за случившееся либо *себе самому*, либо *другим*. Возможно, первая стратегия ассоциируется с хорошей адаптацией к ситуации, вторая — с плохой, но эмпирические результаты достаточно противоречивы. С одной стороны, было показано, что стратегия самообвинения имеет негативные последствия — как при заболевании СПИДом, в случае женщин, только что сделавших аборт [Major, Mueller, Hildebrandt, 1985]. Так, женщины, не приписывающие себе вину в нежелательной беременности (экспериментальная группа), пребывали в более позитивном настроении сразу после аборта по сравнению с женщинами контрольной группы, однако уровень последующей депрессии был одинаково высок в этих группах. С другой — в случае людей, парализованных в результате автомобильной аварии, стратегия самообвинения оказалась более адаптивной по сравнению со стратегией обвинения других. Аналогичным образом, те пациенты, которые считали, что несчастного случая могло бы и не быть (т.е. его можно было бы избежать с высокой вероятностью), пребывали в больнице дольше, чем те, кто считал, что несчастный случай был неизбежен (или те, кто не признавал своей вины в случившемся). Наконец, в ряде случаев самообвинение индивидов не оказывает влияния на их адаптацию, как это было в случае женщин с раком груди или людей, пострадавших в результате насильственных действий [Salovey, Rothman, Rodin, 1998].

Здесь же можно остановиться на таком конструкте, связывающем атрибуцию и здоровье, как воспринимаемый контроль, под которым подразумевается вера в то, что человек может повлиять на ситуацию, т.е. потенциально он сам определяет ее позитивный или негативный исход. Один аспект этой проблемы уже был рассмотрен выше в связи с теорией запланированного поведения. Проанализируем значимость воспринимаемого контроля с точки зрения атрибутивных теорий.

Уверенность в том, что ситуация подконтрольна индивиду, позитивным образом отражается на его здоровье. В исследовании, проведенном Э. Ланге и Дж. Родин в доме престарелых в середине 1970-х годов [Аронсон, Уилсон, Эйкерт, 2002], пожилые люди были разделены на две группы. К каждой группе с речью обратился директор дома престарелых. В первом случае он говорил о том, что обитатели дома престарелых могут самостоятельно принимать решения о том, как обустроить свою комнату (оставить все как есть или переставить мебель с помощью персонала), как планировать свои встречи и просмотр фильмов (у обитателей была возможность выбрать место и время просмотра фильма). Им также подарили домашние растения, которые они могли поливать (по же-

ланию). Во втором случае группа не имела возможности самостоятельно принимать решения, как в первой группе, вся забота об этих обитателях дома престарелых в данном случае ложилась на обслуживающий персонал, даже в отношении заботы за комнатными растениями. Через 18 месяцев после начала исследования оказалось, что во второй группе умерло в два раза больше обитателей по сравнению с первой группой (30% против 15%), что, с точки зрения исследователей, демонстрирует связь между здоровьем и воспринимаемым контролем. В этом экспериментальном исследовании изначально не контролировалось состояние здоровья испытуемых, попадающих в различные группы, однако последующие работы по проверке предположения о том, как воспринимаемый контроль сказывается на здоровье, дали сходные результаты [Там же], те индивиды, которые верят в возможность контроля за ситуацией, связанной с их состоянием здоровья, чувствовали себя лучше, чем те, у кого эта вера отсутствовала.

Учет дополнительных условий изменяет эту закономерность в обратную сторону. В случае заболевания СПИДом или раком больные могут считать, что контролируют свое состояние, но по мере развития болезни они начинают обвинять себя в том, что им не становится лучше. Сходным образом Э. Аронсон отмечает, что излишний акцент на контроле ведет к негативным последствиям [Аронсон, 1998].

В рамках данного направления исследуется связь оптимизма как атрибутивного стиля со здоровьем. Оптимисты, объясняя негативные события, связанные со здоровьем, апеллируют к внешним — специфическим — нестабильным причинам, а пессимисты апеллируют к внутренним — глобальным — стабильным причинам. В лонгитюдном исследовании [Peterson, Seligman, Vaillant, 1988] было продемонстрировано, что те респонденты (выборка состояла из 99 мужчин), которые в 25-летнем возрасте объясняли негативные события, используя внутренние, стабильные и глобальные причины (зачастую ссылаясь на собственный опыт переживания военного времени), были менее здоровы в возрасте 45, 50, 55 и 60 лет по сравнению с теми, кто прибегал к внешним, специфическим, нестабильным причинам при интерпретации аналогичного события. Эта закономерность сохранялась и при контроле изначально-го физического и психического здоровья.

В другой работе К. Петерсон и М. Селигман [Peterson, Seligman, 1984] также обнаружили, что те студенты, которые приписывают глобальные и стабильные причины событиям (в большей степени, чем внутренние), чаще болели простудными заболеваниями или гриппом по сравнению с теми, кто прибегал к неспецифическим и нестабильным причинам. Аналогичным образом, ВИЧ-инфицированные мужчины высказывали оптимистичные ожидания в отношении предполагаемого заболевания по сравнению с ВИЧ-неинфицированными. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных людей, которые имели оптимистические ожидания, симпто-

мы болезни проявлялись позже, они жили дольше, чем те, кто демонстрировал реалистический или пессимистический стиль объяснения событий [Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, Herbert, 1992].

В то же время есть основания говорить о том, что оптимистичные индивиды склонны недооценивать вероятность угрозы каких-либо событий для их здоровья и, как следствие, игнорировать превентивные меры. Отсюда роль оптимизма двояка: с одной стороны, он может вести к адаптации превентивных мер, с другой — подкреплять рискованное поведение. Однако недавние работы [Social psychology., 2003] показывают, что оптимисты с большей вероятностью узнают негативную информацию о своей болезни, что позволяет им быть более подготовленными, несмотря на то, что их оценки могут быть преувеличенными.

Изучение оптимизма как некоторой когнитивной пристрастности или иллюзии восходит к идее Н. Вейнштейна [Weinstein, 1980], согласно которой большинство людей считают, что вероятность негативных событий для них ниже, чем для других, похожих на них, вероятность позитивных событий для них выше по сравнению с похожими другими. Этот феномен получил название «нереалистического оптимизма» (оптимистическая пристрастность), ибо большинство не может быть лучше, чем средний индивид, с которым они себя сравнивают. Он был неоднократно продемонстрирован в эмпирических исследованиях на примере различных болезней, угроз здоровью. Нереалистический оптимизм (оптимистическая пристрастность) наблюдался в случае возникновения наркотической зависимости, злоупотребления алкоголем, попытки совершения суицида, заболевания астмой, возникновения нервного срыва, заболевания пневмонией, раком легких или кожи и пр. [Joffe, 1999]. Возникновение пристрастности не зависит от таких факторов, как возраст, пол, уровень образования или род занятий испытуемых. Более того, возникновение оптимистической пристрастности не связано с тем, какова реальная ситуация респондента в связи с риском, подвергается ли он какому-либо риску или нет. Возникновение нереалистического оптимизма зависит от того, воспринимается ли риск как предотвратимый или нет. Люди в большей степени демонстрируют нереалистический оптимизм тогда, когда риск воспринимается как предотвратимый. Другой фактор, влияющий на возникновение этого феномена, — с кем себя сравнивают индивиды. В том случае, когда вместо «типичного другого», «среднего другого» или «такого же, как и вы» предлагалось подставить одного из близких друзей, брата или сестру (в зависимости от пола респондента), родителя того же пола, то нереалистического оптимизма не возникало. Возможно, это обусловлено тем, что близкие люди являются продолжением оцениваемого индивидом self [Ibid].

Результаты многочисленных исследований дают, однако, противоречивую информацию в отношении того, оказываются ли представите-

ли западной культуры более склонными к проявлению оптимистической пристрастности, чем представители восточной культуры. С одной стороны, канадские респонденты демонстрировали больший оптимизм, чем японские коллеги. С другой — исследование, проведенное с участием бельгийцев, поляков и марроканцев, продемонстрировало возникновение оптимистической пристрастности во всех случаях. Возможно, культурные различия проявляются не в связи с возникновением или не возникновением этого феномена, а с тем, как в каждом случае оцениваются сами угрожающие события.

Стресс, связанный с негативными, травмирующими событиями, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье человека как физическое, так и психическое. Наряду с этим любопытно проанализировать и то, как сам индивид объясняет себе стрессогенные события, насколько он интерпретирует ситуацию как стрессогенную, насколько воспринимает, что может ее контролировать. Связь воспринимаемого контроля со здоровьем варьирует от культуры к культуре, она сильнее в западной культуре, чем восточной (в особенности это касается азиатской культуры). Кроме того, стиль атрибуции связывается и с тем, как люди реагируют на стрессогенные события. Те из них, кто объясняет негативные события, связанные со здоровьем, как результат внутренних — глобальных — стабильных причин, испытывали пессимизм, переживали депрессивные состояния, считали, что не в состоянии выполнить необходимые действия, чтобы выздороветь, и, как следствие, не прикладывали этих усилий («мне никогда не бросить курить», «я никогда не смогу следовать диете» и пр.). Возникал феномен «выученной беспомощности» [Андреева, 2005; Fiske, Taylor, 1994].

Как отмечает С. Абрамсон, рассматривающий три измерения объяснений негативных событий, приписывая негативному событию внутреннюю причину, индивид с большой вероятностью будет испытывать снижение самооценки, апелляция к стабильным причинам ведет к хроническим состояниям, а последствием использования глобальной причины в противоположность специфической является то, что когнитивный и эмоциональный дефицит переносится в другие ситуации, является основанием для ожиданий в отношении будущих ситуаций [Peterson, Seligman, 1984]. Симптомами выученной беспомощности исследователи обозначают следующие: пассивность, когнитивный дефицит, грусть, тревога, враждебность, снижение агрессии, снижение аппетита, снижение нейрохимических реакций, повышение заболеваний, снижение самооценки. Эти симптомы сходны с симптомами депрессии [Ibid]. Однако стиль объяснения не является еще депрессией, необходимо само негативное событие.

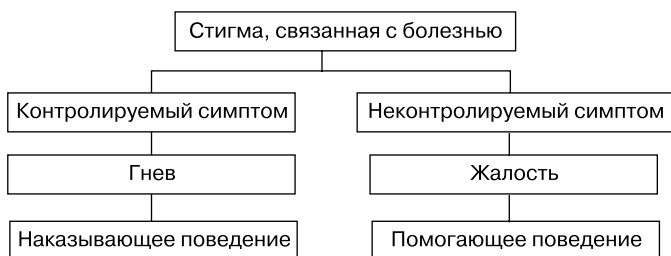
Теория атрибуции дает объяснение таким феноменам, как прямой и обратный эффект плацебо [Росс, Нисбетт, 1999]. Суть эффекта плацебо

заключается в том, что состояние пациента улучшается не за счет использования каких-либо терапевтических средств и приемов, а за счет веры этого пациента в то, что ему назначено радикальное лечение, которое должно помочь. Любопытно, что действие наркотиков или транквилизаторов ослабляется тогда, когда человек не уверен, что применяется именно это средство, или когда доктор, предписывающий их, сомневается в их эффективности [Там же]. Объяснить этот феномен можно так: большая часть наблюдаемых у человека симптомов имеет психогенную природу, в силу того, что плацебо способствует возникновению оптимизма, уменьшению тревожности, у пациента возникает субъективное ощущение благополучия, а в результате — снижаются психогенные симптомы.

Суть же обратного феномена плацебо заключается в следующем: пациент уверен, правда ошибочно, что получаемое им лечение эффективно. Подобное убеждение не облегчает, но *усугубляет* его симптомы. Дело в том, что когда ожидаемое облегчение не приходит, то пациент рассматривает эти симптомы как неустранимые. Апелляция к внутренним причинам может спровоцировать не просто беспокойство и печальные размышления больного, но и обострение симптомов. При апелляции к внешней причине при объяснении своих симптомов, даже если эти объяснения ошибочны, больные могли бы чувствовать себя лучше [Там же]. Идеи атрибутивных теорий позволяют объяснять процесс стигматизации в отношении больных. Как показывают недавние работы [Dijker, Koomen, 2003], хотя негативная связь между ответственностью за стигму и негативной эмоциональной реакцией — гневом и была многократно продемонстрирована в исследованиях, однако природа этой связи до сих пор остается неясной. Среди возможных объяснений природы этой связи — гнев, возникающий в результате атрибуции ответственности за стигму, может затормаживать чувства, ассоциирующиеся с жалостью.

Кроме того, этими авторами было показано, что тревожность является еще одной эмоциональной реакцией, которая играет роль медиатора между атрибуцией ответственности за болезнь и поведенческими реакциями в отношении больных.

Например, в случае СПИДа можно ожидать различных эмоциональных реакций на больного и поведенческих интенций в зависимости от того, как произошел контакт с вирусом: посредством сексуальных отношений или переливания крови. Исследования позволяют говорить о том, что такой параметр, как возраст, изменяет то, как приписывается ответственность за возникновение стигмы. Так, индивиду в пожилом возрасте, парализованному в результате автомобильной аварии, приписывается меньшая ответственность за произошедшее, а также большее желание помочь, по сравнению с молодым водителем. Однако в случае заражения ВИЧ посредством сексуальных отношений пожилому человеку приписывается большая ответственность, чем молодому [Menec, Perry, 1995].



**Рис. 2.** Стигматизация и стратегии поведения в отношении больных

Идеи Б. Вайнера применимы в связи со стигматизацией больных<sup>1</sup>. Так, предлагается различать два варианта ситуаций, в зависимости от того, как приписывается причина болезни (контролируемость—неконтролируемость симптома) (рис. 2). Если симптом рассматривается как контролируемый, то индивиду приписывается ответственность за болезнь. Поведенческая реакция в отношении такого больного направляется гневом. Если же симптом воспринимается как неконтролируемый, то больному не приписывается ответственность за болезнь. В результате поведенческая реакция в отношении этого больного — помогающее поведение — направляется жалостью [Dijker, Koomen, 2003].

*В русле второго направления* атрибутивные теории используются для разработки программ превентивного поведения. Здесь ключевым оказывается совпадение между тем, как индивид приписывает причины своего поведения, и тем, как это представлено в превентивных сообщениях. Программы, призывающие женщин старше 40 лет регулярно проходить маммографию, более эффективны тогда, когда они апеллируют к интернальному локусу контроля (ответственность самих женщин за их здоровье), по сравнению с апелляцией к экстернальному локусу контроля (ответственность медицинской системы за здоровье пациентов) [Salovey, Rothman, Rodin, 1998].

Несмотря на малочисленность работ, представленных во втором направлении, их ценность очевидна. Они демонстрируют, как работают теоретические закономерности в реальном контексте.

В случае курильщиков были получены следующие результаты. Было выделено несколько подгрупп курильщиков в зависимости от особенностей атрибуции. Дж. Эйзер [Eiser, Morgan, Gammage, Gray, 1989] оценивал такие аспекты, связанные с атрибуцией: воспринимаемая каузальность неудачных попыток бросить курить; стабильность этих причин; наконец, оценивалось то, насколько прекращение курения связывается с никотиновой зависимостью и личностью курильщика или с трудно-

<sup>1</sup> Подробнее о стигматизации в связи со здоровьем и болезнью поговорим далее в гл. 4.

стью задачи и недостатком знания. Оказалось, что те курильщики, которые не списывали прежние попытки бросить курить на свою никотиновую зависимость, были в большей степени склонны бросить курить.

Одним из самых важных недостатков этого подхода можно считать то, что эмпирические данные, основанные на теоретических положениях, дают достаточно пеструю и разнообразную картину. На настоящий момент едва ли существует некоторая более или менее общая закономерность, связывающая здоровье и процессы атрибуции. Наряду с этим здесь не преодолевается все тот же рационализм, который присутствует в теориях рационального действия и запланированного поведения. Ошибки индивида, которые он допускает при оценке риска событий для здоровья, объясняются недостатками, связанными с процессом переработки информации.

**Теория социального сравнения.** Эта теория изначально была предложена Л. Фестингером для понимания того, как люди получают информацию о самих себе, основываясь на наблюдении других [Festinger, 1954]. Потребность сравнивать себя с другими филогенетически очень старая, она имеет важное биологическое значение, связанное с адаптацией и выживанием. Можно также проводить параллели с западной культурой, где существует ценность — делать что-то лучше и лучше, что означает, что чем выше оценка результата, тем он более желателен [Ibid]. Кроме того, можно апеллировать к работам М. Шерифа по выработке групповых норм [Sherif, 1936], где в основе выработки единой оценки лежат механизмы сравнения, а также работам Г. Хаймана по референтной группе, где также идет речь о процессах сравнения [Андреева, Богомолова, Петровская, 2001]. Однако именно в теории социального сравнения эта идея получила теоретическую и эмпирическую реализацию [Buunk, Mussweiler, 2001].

С точки зрения Л. Фестингера, человеку необходимо иметь информацию о своих способностях и своем поведении, причем эта информация должна быть стабильной, предсказуемой и точной. Предпочтение отдается объективным стандартам за счет обращения к физическому миру<sup>1</sup>. Однако если такого рода информация не является доступной, а это случается, как отмечает Фестингер, вероятно, в большинстве ситуаций, то человек использует *похожих* других как источник информации, он сравнивает себя с другими и делает выводы в отношении своих способностей и своего поведения [Festinger, 1954]<sup>2</sup>. Сходство является важ-

---

<sup>1</sup> Любопытно, что одним из положений теории Фестингера является утверждение о том, что при существовании объективной, несоциальной основы для оценки мнений или способностей индивид не оценивает мнения или способности посредством сравнения с другими.

<sup>2</sup> «Человека в меньшей степени привлекают ситуации, в которых другие очень отличаются от него, по сравнению с ситуациями, где другие близки к нему в своих мнениях и способностях» [Festinger, 1954. С. 120].

ной составляющей процесса социального влияния. При невозможности сравнения с социальным или физическим стандартом оценки индивида в отношении мнений и способностей не являются стабильными. Кроме того, в работе Фестингера можно найти предположение о существовании тенденции выбирать для сравнения тех, кто обладает немного более высокими способностями [Festinger, 1954; Paulus et al., 2002]. Таким образом, индивид проводит сравнение по восходящей, что открывает возможности для самоусовершенствования. Это утверждение не получило эмпирической разработки в работах Фестингера.

Теория социального сравнения претерпела ряд модификаций с тех пор, как вышла работа Л. Фестингера. Мы подробно останавливаемся на этих изменениях, ибо исследования, оказавшие влияние на них, были проведены в области здоровья и болезни. На развитие теории оказали влияние исследования С. Шехтером стресса и аффилиации, опубликованные вслед за самой теорией. Как писал С. Шехтер: «Несчастье любит не любую компанию, но только несчастную компанию» [цит. по: Wills, 1981. С. 247]. Этот принцип был неоднократно продемонстрирован в работах по здоровью и болезни.

В развитии теории социального сравнения предлагается выделять «эпоху возрождения» и «эпоху просвещения». Первая «эпоха» характеризовалась более широкой рамкой изучения социального сравнения, установлением связей с другими теоретическими подходами. В 1970-е годы исследователи отмечали, что сравнение по восходящей хотя и информативно, однако является пугающим, в особенности для тех, кто находится в опасной ситуации или испытывает негативные аффективные состояния [Buunk, Mussweiler, 2001; Wills, 1981]. Т. Виллс сформулировал принцип использования сравнения по нисходящей следующим образом: люди могут повысить субъективное благополучие за счет сравнения себя с кем-то другим, кому еще хуже [Wills, 1981]. Этот принцип имеет формулировку в сильной и слабой формах. *В первом случае* — сравнивая себя с другим, еще более несчастным, человек переживает улучшение собственного состояния. *Во втором случае* — улучшение благополучия может быть достигнуто за счет сравнения с кем-то, в равной мере несчастным, что и он сам. Однако люди, как подчеркивает Т. Виллс, отдают предпочтение сильной формулировке.

Находясь в ситуации субъективного ухудшения благополучия, индивид предпринимает сравнение по нисходящей, ибо такое сравнение по принципу «а могло бы быть и хуже» позволяет повысить субъективное благополучие. Такое сравнение особенно важно тогда, когда реальное действие по улучшению благополучия невозможно выполнить. Сравнение по нисходящей выполняет эмоционально-регулятивную функцию, а не информационную.

Это сравнение может быть в *пассивной* (человек просто использует преимущество, возникающее от сравнения с менее удачным индивидом)

или *активной форме* (человек может или понизить значимость другого человека, с которым он себя сравнивает, и установить психологическую дистанцию с ним, или может активно причинять вред другому человеку, дабы обеспечить возможность сравнения себя по нисходящей).

Для того чтобы человек почувствовал себя лучше, он предпринимает сравнение с другими, которые в той же степени несчастные, что и он, или даже более несчастные (другими словами, «люди, те, кто несчастен, предпочитают видеть других несчастных») [Ibid. P. 268].

Испытывая негативный аффект, индивид может предпринимать различные стратегии совладания с этой ситуацией. Виллс указывает на ряд следующих возможностей: принять неудачу и считать ее частью жизни, которая делает человека сильнее; смеяться над собственными неудачами; искать только позитивную информацию о других; признать, что в абсолютном смысле он не так и несчастен («могло бы быть и хуже»); принимать случившееся более благосклонно; наконец, сделать других несчастными [Ibid.]. Каждая из этих стратегий используется людьми, сталкивающимися с проблемами здоровья и болезни. Однако не каждая из них имеет позитивный эффект.

В модифицированном виде теории социального сравнения предлагается различать две стратегии: самоуспокоение (сравнение по нисходящей) и самоулучшение (сравнение по восходящей) (табл. 2). В фокус внимания исследователей теории социального сравнения теперь попали процессы конструирования объекта сравнения. Изучение процессов сравнения вышло за рамки лабораторного моделирования в реальные ситуации (объектом исследования, среди прочих, оказались больные раком, курильщики). Процессы сравнения особенно важны тогда, когда индивид не имеет объективной информации в ситуации появления симптомов.

Таблица 2

**Соотношение стратегий сравнения с эффектами в отношении сравниваемого другого**

|                                | <b>Ассимиляция</b>              | <b>Контраст</b>                 |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Сравнение по нисходящей</b> | Негативная реакция на сравнение | Позитивная реакция на сравнение |
| <b>Сравнение по восходящей</b> | Позитивная реакция на сравнение | Негативная реакция на сравнение |

Вторая «эпоха» развития теории социального сравнения была ознаменована рядом направлений, по которым модифицировалась теория, причем исследователи попытались связать социальное сравнение с более общими принципами психологического функционирования, а также включить социальное познание в центр исследования социального

сравнения. Парадоксально, что социальное познание, находясь под влиянием процессов сравнения (например, при изучении прототипов, атрибуции), никогда не оказывалось в фокусе внимания теории социального сравнения. В русле первого направления изменений фокус внимания исследователей сместился в сторону анализа того, какое знание о себе доступно индивиду во время сравнения, как оно используется для оценивания себя. Эмпирически было показано, что во многих ситуациях социальное сравнение вовлекает селективный поиск информации о сходстве со сравниваемым другим [Buunk, Mussweiler, 2001]. Селективный поиск информации для процессов сравнения приводит к эффекту ассимиляции или контраста в отношении сравниваемого другого.

Другое направление изменений — изучение связи процессов социального сравнения с физиологическими ответами — имплицитными реакциями человека на сравнение.

Третье направление изменений теории социального сравнения — изучение индивидуальных различий в связи с процессами социального сравнения. Например, было продемонстрировано, что индивиды с низкой самооценкой предпочитают сравнение по нисходящей [Buunk, Mussweiler, 2001; Wills, 1981]. Кроме того, было введено понятие ориентации социального сравнения и разработана шкала для измерения этой ориентации. Индивиды, имеющие высокие показатели по данной шкале, склонны относить то, что происходит с другими, к самим себе, отсюда они в большей степени, чем индивиды с низкими показателями, заинтересованы в информации о других. Люди, имеющие разные показатели по этой шкале, различным образом реагируют на других [Buunk, Mussweiler, 2001].

Модификация теории социального сравнения в «эпоху просвещения» связана с тем, что социальное сравнение не происходит в социальной изоляции, отсюда — интерес обращен к изучению социального контекста, в котором происходит сравнение. Аспект, который становится особенно интересным для исследователей, — влияние социальных групп и социальной идентичности на процессы социального сравнения.

Теория социальной идентичности изначально основывается на теории социального сравнения Л. Фестингера, теперь же она сама становится в центре теории социального сравнения. Как подчеркивают Б. Буунк и Т. Мусвайлер [Ibid.], результаты социального сравнения зависят от групповой принадлежности самого человека, который сравнивает, и групповой принадлежности *другого*, с которым он себя сравнивает. Внутригрупповое сравнение опирается не на те же самые механизмы и не на то же самое знание о себе, что аутгрупповое сравнение.

Теория социального сравнения в классическом варианте, как она была сформулирована Л. Фестингером, не предполагала приложения к

проблемам здоровья, однако ее положения достаточно хорошо могут объяснить то, как индивид оценивает свое состояние, переживая те или иные симптомы, как сопротивляется болезни. Более того, работы С. Шехтера по стрессу и аффилиации оказали влияние на то, что теория социального сравнения стала применимой для объяснения проблем, связанных со здоровьем и болезнью. Модификации и развитие теории произошли благодаря исследованиям в области здоровья и болезни.

Представляется возможным различать два основных направления исследований здоровья и болезни в русле данной теории: с одной стороны, речь идет о сопротивлении, борьбе с болезнью; с другой — оценка информации, касающейся здоровья и болезни.

*В русле первого направления* исследований здоровья и болезни с позиций теории социального сравнения основное внимание уделялось тому, как информация, полученная путем социального сравнения, использовалась индивидом для того, чтобы справиться с болезнью. В фокусе анализа оказываются группы поддержки, которые позволяют людям вместе с похожими другими бороться с болезнью.

Сравнения по восходящей и по нисходящей возможны в данном случае, каждое из них имеет свой определенный смысл. *Сравнение по нисходящей* оказывается эффективным средством для снижения дистресса. Как это было показано Ш. Тейлор с коллегами в исследовании среди женщин, страдающих раком молочной железы, такое сравнение было выбрано 63 женщинами из 73 опрошенных, они предпочитали сравнивать свое состояние с состоянием тех, кто находится в таком же положении, или тех, чье положение было еще хуже, чем их собственное. Аналогичным образом, свыше 90% респондентов, страдающих раком, считали свое собственное положение лучше по сравнению с положением других больных раком [Taylor, Lobel, 1989]<sup>1</sup>.

Однако результаты серии исследований, также проведенных на больных раком, оказались достаточно парадоксальны. Респонденты предпочитали присоединиться не к тем, с кем они себя сравнивали (больным, находящимся в сходном или худшем положении), а к тем, кто был в более благополучном положении. Более того, они предпочитали рассказывать позитивные истории о больных раком, отмечая их как помогающий эффект. Сходные результаты были получены и на примере людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ш. Тэйлор обозначает этот эффект как оценку по нисходящей и контакт по восходящей, что означает, что не всегда направление процессов социального сравнения позволяет нам предсказывать реакцию на других, с которыми человек себя сравнивает, по крайней мере, такие результаты характерны для сферы здоровья и болезни.

---

<sup>1</sup> Именно эти исследования Ш. Тейлор с коллегами оказали заметное влияние на развитие теории социального сравнения.

*Сравнение по восходящей*, когда индивид сравнивает себя с теми, кто обладает лучшими способностями, чем сам индивид (в области здоровья и болезни — с теми, кто находится в лучшем состоянии, чем сам индивид), информативно и вселяет надежду на улучшение ситуации, хотя этот вариант не всегда может быть принят индивидами.

Дискуссия о том, сравнение в каком направлении оказывается более адаптивным, склоняется в пользу того, что эффект самоуспокоения может иметь кратковременное преимущество, которое исчезает, так как преимущественное внимание к тем, кому еще хуже, препятствует информативным, обнадеживающим результатам процессов сравнения по восходящей [Buunk, Mussweiler, 2001].

*В русле второго направления* исследований здоровья и болезни с позиций теории социального сравнения в фокусе внимания исследователей оказывается индивид, который получает информацию о своем состоянии здоровья, но не имеет возможности оценить ее. Как отмечал Л. Фестингер [Festinger, 1954], в таких ситуациях, когда у индивида отсутствуют объективные стандарты, требуется социальное сравнение для оценки своего положения. Испытуемым предлагали поучаствовать в исследовании, позволяющем выявить недостаток ферментов, ведущих к заболеванию поджелудочной железы. После выполнения теста респонденты получили информацию. В одном случае говорилось, что у 1 из 5 прошедших тест был зафиксирован недостаток фермента, в другом — у 4 из 5. Респонденты во втором случае оценивали угрозу своему здоровью как менее серьезную по сравнению с первым случаем [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Участие в эксперименте конфедерата, который в одном случае минимизировал угрозу здоровью, а в другом — нет, показало, что в том случае, когда угроза минимизировалась конфедератом, то и наивный испытуемый поступал сходным образом [Croyle, Hunt, 1991]. Получается, что люди *используют* других людей (статистическую информацию о них, моделируя другого) для того, чтобы оценить, насколько информация в отношении собственного здоровья представляет угрозу или нет.

Несколько иной способ использования сравнения находим в исследовании, где испытуемым предлагалось принять решение в следующей ситуации: у них возник некоторый признак болезни и им нужно решить, стоит ли обращаться за помощью к врачу [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Существовало несколько ситуаций: 1) имеется объективная информация о том, что данный симптом требует обращения за медицинской помощью, и друзья убеждают, что нужно обратиться к врачу; 2) имеется объективная информация, но друзья не убеждают, что нужно обратиться за помощью; 3) имеется объективная информация, что к врачу обращаться не нужно, но друзья убеждают, что нужно обратиться за помощью; 4) имеется объективная информация, что к врачу обращаться не

нужно, и друзья не убеждают, что нужно обратиться за помощью. Идея Л. Фестингера о том, что в случае доступности объективной информации индивиду не требуется сравнения с другими для того, чтобы оценить свое мнение или способность, получила свое подтверждение в этом эксперименте во всех случаях, кроме одного — когда существующая объективная информация, что к врачу обращаться не нужно, расходилась с тем, что советовали друзья (они говорили, что нужно обратиться за помощью). В этой ситуации индивид прислушивается к мнению друзей. Этот пример дает ответ на вопрос о том, почему одни люди, которые страдают серьезными заболеваниями, не обращаются к врачу, а другие, которые не страдают ими, — обращаются к нему.

При всех преимуществах данного подхода для исследования проблем здоровья и болезни здесь осуществляется выход за рамки интраиндивидуального уровня объяснения; здесь анализируется то, как люди преобразуют пугающую информацию в отношении здоровья и болезни для построения своего поведения. Самым главным недостатком теории является тот факт, что вне рамок рассмотрения оказывается взаимодействие с самими больными, как будто бы больные существуют только как источник информации о самой болезни.

**Социально-когнитивная теория.** А. Бандура, автор данной теории, не просто переименовал теорию социального научения Миллера — Долларда, стремясь удалиться от бихевиоризма, но сделал акцент на когнитивной активности индивида, которая занимает особую роль в данной теории. Она связана со способностью индивида кодировать информацию, использовать символы, конструировать реальность, а также научиться посредством наблюдения, саморегуляции и саморефлексии. Социальная система оказывает влияние на человека посредством психологических механизмов, связанных с саморегуляцией.

Данная теория направлена на предсказание поведения индивида, а также на определение способов модификации поведения, ибо оно не изменяется под действием только одного желания [Bandura, 2005b]. Одним из ключевых понятий теории является реципрокный детерминизм, т.е. функционирование человека определяется действием трех типов взаимозависимых факторов: 1) когнитивных, аффективных, биологических; 2) поведенческих; 3) связанных с окружением. Вклад каждого из этих факторов различен.

Различные варианты поведения человека развиваются посредством моделирования. Наблюдая других, человек понимает, как реализуется новое поведение, позднее эта символическая конструкция будет направлять его собственное действие [Bandura, 1977].

К важным умениям человека относится использование символа, посредством которого индивид осмысляет опыт, придает ему форму, приближает к себе. Использование символов позволяет человеку ана-

лизировать последствия поведения без его непосредственного выполнения. Поведение человека в значительной степени регулируется его умением обдумывать действие заранее. Отсюда в теории предлагается различать ряд ожиданий, на которые люди ориентируются, предпринимая (или не предпринимая) те или иные действия. Важным положением этой теории является утверждение о том, что различного рода психологические процедуры являются средством создания и усиления ожиданий об эффективности индивида. В социально-когнитивной теории различаются ожидания двух типов: *с одной стороны*, речь идет о центральном конструкте этой теории — воспринимаемой самооэффективности, которую А. Бандура определяет как суждение индивида в отношении его умения организовать и выполнить действия, которые требуются для выполнения определенной системы действий. Причем речь идет *не* об умении, которым человек владеет, а именно о его *суждении* в отношении этого умения. То, что люди думают, в чем убеждены, что чувствуют, оказывает влияние на то, как они себя ведут [Ibid]. Этот конструкт отличается от локуса контроля или от самооценки, от нереалистического оптимизма. Операционально воспринимаемая самооэффективность (ожидаемая эффективность) рассматривается как уверенность человека в том, что он сможет выполнить намеченное поведение. Самооэффективность является более точным способом предсказания поведения, чем его умения. Чем сильнее воспринимаемая самооэффективность, тем сильнее поддержка целей, на достижение которых направлены усилия индивида, тем больше усилий будет прикладывать он для выполнения того или иного действия. *С другой стороны*, речь идет об ожиданиях в отношении результата, т.е. суждение о том, что исполнение данного поведения в результате приведет к определенному результату, будет иметь последствия, причем люди стремятся к достижению позитивных последствий.

Различаются основные источники информации, влияющие на формирование воспринимаемой самооэффективности: 1) непосредственный опыт поведения, 2) замещающий опыт (или социальное моделирование, как это обозначается А. Бандурой в более поздних редакциях теории), 3) убеждение, 4) физиологические состояния [Ibid].

Непосредственный опыт поведения является достаточно сильным источником информации. О преимуществе этого источника информации позволяет говорить эмпирическое сравнение самооэффективности, сформированной на основе различной информации. Успех в выполнении действий повышает ожидания, а повторяющиеся неудачи — наоборот, снижают их, особенно тогда, когда эти неудачи возникают на ранних этапах выполнения поведения. Сформировавшись, самооэффективность может быть перенесена в другие, сходные ситуации.

Однако непосредственный опыт поведения не является, как уже было сказано выше, единственным источником информации. *Наблю-*

дая других, то, как они успешно действуют, люди могут строить ожидания в отношении аналогичного собственного поведения. Они размышляют примерно так: «Если другие, похожие на меня, могут сделать это, то и я могу тоже». Богатым источником информации для обучения через наблюдение оказывается телевидение. Исследования, проведенные в странах Азии и Африки, продемонстрировали, как сериалы, касающиеся планирования семьи, контроля рождаемости и превентивных мер перед лицом эпидемии СПИДа, способствовали формированию воспринимаемой самоэффективности в отношении того или иного поведения [Bandura, 2005a].

Если моделируемое поведение имеет очевидные результаты, то такая информация оказывается более надежной для формирования воспринимаемой самоэффективности, чем информация, исходящая от поведения с двусмысленным результатом. Наблюдая других, у людей есть больше оснований делать выводы в отношении эффективности поведения тогда, когда эти индивиды обладают различными характеристиками. Объяснение этому мы усматриваем в том, что если разные «категории» людей могут эффективно действовать и добиваться успеха, т.е. это доступно не только одной «категории», то и у индивида тоже есть шанс на успех.

Третий источник информации — *убеждение*. Этот способ доступнее остальных, но он имеет ограничения по сравнению с двумя предыдущими источниками. Однако, как отмечает А. Бандура, люди, которые подвергались убеждению в том, что они обладают необходимыми умениями для выполнения действий, и которым оказывалась условная помощь в их выполнении, оказались более эффективными по сравнению с теми, которым только оказывалась помощь.

Четвертый источник информации — *физиологические состояния*. Люди отчасти полагаются на эти состояния, оценивая собственную тревожность и уязвимость, например, по отношению к стрессу. Особое место здесь занимает эмоциональное возбуждение (еще в теории социального научения подчеркивается его информационная функция). Высокий уровень эмоционального возбуждения ослабляет исполнение поведения, а избегание ситуаций, связанных со стрессом, препятствует формированию умений по совладению с ситуацией, так как в результате избегания ситуаций возникает реальное основание для страха, ибо у человека отсутствует умение справляться с ситуацией, которая вызывает стрессовые состояния, так как, например, угрожает здоровью.

Люди прекращают попытки выполнить действие тогда, когда у них отсутствует самоэффективность, при этом они уверены, что выполнение данного действия позволяет достигнуть определенных результатов. Аналогично, люди прекращают попытки выполнить действие даже тогда, когда у них сформировалась воспринимаемая самоэффективность,

но они не ожидают, что выполнение этого действия позволит достигнуть определенных результатов.

Предлагается рассматривать различные аспекты воспринимаемой самооффективности, которые важны с точки зрения исполнения поведения: *величина, степень обобщения, сила*. Параметр величины воспринимаемой самооффективности очевиден тогда, когда люди сталкиваются с задачами различной трудности. Тогда возможно дифференцировать индивидов на основе того, воспринимают ли они себя способными решить трудную или легкую задачу. Степень обобщения воспринимаемой самооффективности определяется тем, связывается ли воспринимаемая самооффективность только с данной ситуацией или она имеет более общий эффект и переносится в другие ситуации, на другие виды поведения. Наконец, люди, имеющие сильные ожидания о собственной эффективности в отношении выполнения действий, будут продолжать эти попытки. Люди со слабыми ожиданиями в отношении того, что они способны действовать, будут прекращать предпринимаемые попытки, сталкиваясь с препятствиями. Те, кто считает себя высокоэффективным, думают и чувствуют себя иначе, чем те, кто считает себя низкоэффективным. Они не только *предсказывают* будущее, но и создают его [Bandura, 1986]. Сила воспринимаемой самооффективности усиливает или ослабляет мотивацию к действию.

Важность воспринимаемой самооффективности для предсказания поведения, связанного со здоровьем и болезнью, заключается в том, что человек не предпринимает действий тогда, когда не уверен, что он сможет их выполнить. Воспринимаемая самооффективность является динамичным образованием, убеждение об умении выполнять то или иное действие может формироваться непосредственно под влиянием различных кампаний в области здравоохранения. Самооффективность не является общим ожиданием, это скорее конкретное восприятие в том смысле, что если человек убежден в том, что он сможет воздерживаться от курения, то эта убежденность не распространяется на исполнение других вариантов поведения, связанного со здоровьем, будь то ограничение потребления алкоголя, выполнение физических упражнений и пр. Эти когниции «я могу это сделать» выражают контроль, который имеется у индивида над окружающей его ситуацией.

В социально-когнитивной теории присутствует такой конструкт, как система саморегуляции. Эта система является своего рода внутренним контролем, который направляет поведение, это основа для целенаправленного действия. Нормативное влияние регулирует действия индивида посредством процессов контроля, которые подразумевают социальные санкции, а также санкции, которые индивид предпринимает в отношении самого себя. Поведение, которое соответствует социальным нормам, получает позитивную социальную поддержку, поведение, ко-

торое не соответствует социальным нормам, получает социальное неодобрение. Социальные нормы влияют на формирование поведенческих стандартов, которые индивид разрабатывает для самого себя. Адаптация стандартов способствует образованию системы саморегуляции. Люди управляют собственным поведением посредством системы саморегуляции. Она включает: *самонаблюдение* (индивид наблюдает за собственными действиями и выбирает из окружающей среды информацию, которая является обратной связью в отношении исполнения поведения), *суждения в отношении поведения* (индивид соотносит масштабы исполнения поведения с собственными стандартами) и *вознаграждение или наказание самого себя* (соотнося результаты действий с выработанными стандартами, индивид вознаграждает или наказывает себя).

С точки зрения социально-когнитивной теории, можно различать несколько типов барьеров на пути выполнения здорового поведения. Одни связаны с личностными препятствиями на пути адаптации здорового поведения. Они ухудшают исполнение здорового поведения самого по себе. Другие коренятся в самой системе здравоохранения. Эти препятствия обусловлены тем, как эта система структурирована в социальном и экономическом плане. Социальные факторы, социально-экономический статус, уровень образования и семейная структура действуют на поведение посредством влияния на воспринимаемую самоэффективность, стандарты, которые индивид вырабатывает для себя, на аффективные состояния и саморегуляцию.

Социально-когнитивная теория получила эмпирическую поддержку на примере анализа различных типов поведения. Ряд исследований (в группах, различающихся по половозрастному признаку, принадлежащих к различным сферам деятельности, а также к различным культурам) подтверждает значимость воспринимаемой самоэффективности как конструкта, предсказывающего реализацию поведения [Bandura, 2005c]. Самоэффективность позволяла предсказывать поведение, связанное со здоровьем и болезнью, на примере поведения, связанного с диабетом, пренатальным поведением, раком, СПИДом, потерей веса, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также прекращением курения, толерантностью по отношению к боли, следованием предписаниям врачей, вакцинацией, употреблением в пищу фруктов и овощей школьниками и др. [Anderson, Winett, Wojcik, 2000; Bandura, 1998; Graves, 2003]. Использование презервативов предполагает не только наличие технических навыков, но умение уговорить партнера в его необходимости [Bandura, 1994]. Родители оказывают сильное влияние на здоровое поведение детей того же пола, что было продемонстрировано на примере употребления, курения, алкоголя, сна, использования диет.

Исследования позволяют различать два типа действия самоэффективности на здоровье [Bandura, 1998]. В одном случае убеждение чело-

века в том, что он обладает умением для того, чтобы противостоять стрессогенным факторам, активирует биологическую систему, которая медирует здоровье и болезнь.

Стрессовые реакции могут быть обозначены как воспринимаемая неэффективность в отношении установления контроля над окружающей средой. Если люди убеждены в том, что они могут справиться с потенциально стрессогенными факторами, то они не подвергаются их влиянию, в противном случае они испытывают дистресс. Это влияние убеждений на биологические реакции было экспериментально проверено следующим образом: испытуемые подвергались воздействию стрессогенных факторов в ситуации воспринимаемой неэффективности, а затем их убеждения в эффективности сопротивления влиянию стрессогенных факторов повышались за счет формирования непосредственного опыта сопротивления. Позже испытуемые вновь подвергались влиянию стрессогенных факторов. Если они руководствовались воспринимаемой неэффективностью, то испытывали дистресс, сопровождающийся висцеральным возбуждением, активацией гормонов, связанных со стрессом. Если же они руководствовались воспринимаемой эффективностью, то таких реакций не возникало. Таким образом, воздействие неконтролируемых стрессогенных факторов ухудшает функционирование иммунной системы индивида и делает его более уязвимым по отношению к болезни.

*Во втором случае* воспринимаемая самоэффективность оказывает прямое влияние на привычки, связанные со здоровьем, а также на ход биологического старения. Убеждения об эффективности определяют, будет ли индивид предпринимать попытки изменить поведение, будет ли придерживаться здоровых привычек, вернется ли он к прежним вредным привычкам. Воспринимаемая самоэффективность функционирует как общий механизм, через который различные факторы действуют на здоровье. Опять же, чем сильнее самоэффективность, тем вероятнее, что индивид будет прикладывать усилия, адаптировать и поддерживать здоровое поведение. Это и было показано в исследованиях на примере выздоровления после операции на коронарной артерии, снижения боли и дисфункций при ревматическом артрите, модификации пищевых привычек, снижения уровня холестерина посредством диеты и др.

Важное преимущество социально-когнитивной теории заключается в том, что на ее основе разрабатываются различные программы, направленные на поддержание здоровья и профилактику болезни, которые достаточно эффективно используются. Как отмечает Бандура, страдая различными хроническими болезнями, люди сталкиваются с одной и той же проблемой — управлением болью [Bandura, 1998]. Рассмотрим на примере больных артритом идею таких программ. Основной принцип групповых программ заключается в моделировании пове-

дения, приводящего к формированию воспринимаемой самооффективности в отношении своего физического состояния. Те участники этих групп, которые были убеждены, что им под силу что-то сделать для контроля за своим физическим состоянием, меньше испытывали депрессивные и стрессовые состояния по сравнению с теми участниками, которые не имели таких убеждений.

В отношении здорового образа жизни сформировавшаяся самооффективность повышает вероятность того, что индивиды будут вести его. Люди с высокой самооффективностью прилагают больше усилий, стремясь достигнуть поставленной цели, чем люди с низкой самооффективностью. Кроме того, люди с высокой самооффективностью испытывают меньше тревоги, решая сложную задачу, даже их иммунная система функционирует лучше по сравнению с людьми, чья самооффективность ниже.

В эксперименте с курильщиками, откликнувшимися на рекламу оздоровительной программы, было показано, что в той группе, где испытуемым-курильщикам сообщалось, что на основе первичной диагностики у них была выявлена большая сила воли, способность контролировать свои поступки, что они смогут бросить курить после прохождения курса лечения, испытуемые чаще прекращали курить по сравнению с теми, кто такой инструкции не получал (67% против 28%) [Аронсон, Уиллис, Эйкерт, 2002]. Насколько позволяют судить эмпирические данные, воспринимаемая самооффективность позволяет достаточно эффективно предсказывать поведение в отношении широкого круга вариантов поведения.

Социально-когнитивная теория широко использует прием «рассказывание историй» как основной принцип построения программ по изменению поведения, связанного со здоровьем и болезнью. Эти истории были представлены в виде сериалов или специальных передач, в которых использовалось контрастное моделирование. В программах, направленных на изменение сексуального поведения в эпоху СПИДа, *негативный герой* был вовлечен в рискованное сексуальное поведение с многочисленными партнерами, *позитивный герой* демонстрировал безопасное сексуальное поведение. Рискованное поведение вело к негативным последствиям (от героя ушла жена, а сам он, заразившись СПИДом, умер), а безопасное — к позитивным. Радиосериалы транслировались в одних регионах Кении, жители других регионов выступали в качестве контрольной группы. Сравнение экспериментальной и контрольной групп показало, что представители первой группы были более убеждены в том, что СПИД представляет риск лично для них, больше говорили о ВИЧ-инфекции, они также уменьшили число сексуальных партнеров и чаще использовали презервативы по сравнению с контрольной группой.

Драматичность радиосериала способствовала тому, что слушатели оказались вовлеченными в обсуждение как самого сериала, так и темы СПИДа в целом. Уровень потребления презервативов, распространяе-

мых представителями национальных программ по СПИДу в контрольных регионах, был низким, но повысился после того, как и здесь были протранслированы радиосериалы [Bandura, 2005a]. Приложение социально-когнитивной теории имело позитивные результаты в различных культурах (радио- и телесериалы, затрагивающие различные социальные проблемы и в том числе проблемы здоровья, были использованы в странах Африки, Азии, Латинской Америки). Этот способ оправдал себя с точки зрения масштабов охвата групп сельского населения.

Хотя многочисленные исследования широкого круга проблем здоровья и болезни и позволяют говорить о высокой предсказательной силе воспринимаемой самооффективности, эта теория имеет ряд ограничений.

Кограничениям социально-когнитивной теории можно отнести то, что она, будучи сформулированной на теоретическом уровне, не была полностью проверена эмпирически. Это, вероятно, объясняется трудностью ее операционализации. Интерес исследователей в эмпирических работах был преимущественно сконцентрирован на анализе воспринимаемой самооффективности, остальные же элементы теории не учитывались и не были представлены на эмпирическом уровне. Однако метаанализ многочисленных исследований затруднен в силу разнообразия способов операционализации воспринимаемой самооффективности.

Наконец, теория получила свою преимущественную проверку лишь с помощью лабораторного эксперимента.

Итак, использование социально-психологических теорий для изучения проблем здоровья и болезни направлено на понимание связи между убеждениями и поведением, связанным со здоровьем или болезнью. Теории аттитудов опираются на понятие убеждений о здоровье или болезни, но не рассматривают ни само содержание этих убеждений, ни функционирование когнитивных систем. С точки зрения атрибутивных теорий и социально-когнитивной теории, индивид активно конструирует реальность, он делает умозаключения, которые могут мотивировать к выполнению (или невыполнению) поведения, связанного со здоровьем или болезнью. Теория социального сравнения рассматривает когниции и поведение индивида в интерперсональном контексте. Здесь восприятие самого себя во многом определяется сравнением себя с другими. Один из важных конструктов, имплицитно или эксплицитно представленный во всех этих теориях, — воспринимаемый контроль, или контролируруемость ситуации. Он выполняет важную роль в регуляции поведения.

Все эти теории основываются на идее реципрокного детерминизма, которая содержательно рассматривается только в социально-когнитивной теории.

Попытки расширения сферы применения теорий имели определенные последствия. Так, практически все они трансформировались в различной степени в связи с развитием прикладной сферы здоровья и бо-

лезни. В наименьшей степени эти трансформации затронули только атрибутивные теории, в наибольшей — теорию социального сравнения. С одной стороны, можно считать, что эти изменения — результат естественного «взросления» теорий, с другой — любопытен тот факт, что все теории трансформировались именно при попытках исследовать проблемы здоровья и болезни. Наряду с этим мы видели, что в рамках этих теорий предпринимались попытки использовать конструкты более высокого уровня объяснений (кооперация, идентичность, коммуникативный процесс и пр.) для исследования проблем здоровья и болезни. Это позволяет предполагать, что проблемы здоровья и болезни требуют теории более высокого уровня объяснения. Так или иначе, проблемы здоровья и болезни представляют собой специфическую область, требующую особого анализа, а не простого переноса известных закономерностей в новую область.

**Специфические теории и модели.** Среди теорий, которые были разработаны непосредственно для понимания и прогнозирования поведения, связанного со здоровьем и болезнью, мы проанализируем следующие: 1) *модель убеждений о здоровье*; 2) *теория защитной мотивации*; 3) *модель ментальных представлений о здоровье и болезни*; 4) *постадийные модели изменения поведения, связанного со здоровьем*.

Общее предположение этих специфических концепций и моделей заключается в том, что специфические убеждения позволяют предсказывать поведение, связанное со здоровьем и болезнью. Отсюда интерес исследователей направлен на анализ именно этих убеждений.

**Модель убеждений о здоровье.** Цель данной модели, разработки которой велась группой американских исследователей (С. Кегел, Г. Хочбаум, И. Розенсток) еще в 1950-е годы, заключалась в создании способа объяснения и предсказания превентивного поведения, в особенности связанного с использованием медицинских услуг [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004]. Отправной точкой их работы явился анализ того, почему люди не участвуют в обследовании по поводу туберкулеза и как их убедить в необходимости такого обследования. Основное положение данной модели заключается в том, что поведение, связанное со здоровьем, прогнозируется на основе ряда убеждений об угрозе здоровью и о соответствующем поведении. Восприятие угрозы здоровью побуждает людей предпринимать те или иные действия, а убеждения о возможном поведении определяют план этих действий. Вероятность того, что индивид предпримет превентивное действие, зависит от ряда факторов. Так, человек будет предпринимать здоровое поведение, если: 1) он понимает, что негативного условия можно избежать; 2) у него есть позитивные ожидания от выполнения определенного поведения; 3) он уверен, что *может* выполнить требуемые действия.

Изначально данная модель предлагала рассматривать два ряда переменных: а) угроза заболевания связывается с воспринимаемой серьезностью заболевания и воспринимаемой уязвимостью (рак легких — это опасная болезнь, я курю, значит, у меня есть высокий шанс заболеть ею); б) восприятие пользы от действия и воспринимаемые барьеры (в случае того же курильщика — прекращение курения ведет к снижению риска заболевания раком легких, однако это сложная задача, я лишаюсь удовольствия, способа расслабиться и успокоиться, нужно предпринимать усилия, чтобы прекратить курить). Соотношение воспринимаемых преимуществ и воспринимаемых барьеров или фасилитирует выполнение действия (преимущества превышают барьеры), или, наоборот, затрудняет его (барьеры оказываются сильнее, чем преимущества). Изначальная формула, отражающая данную модель, выглядела так:

$$\text{Действие} = (\text{Воспринимаемая серьезность болезни} \times \\ \times \text{Воспринимаемая уязвимость по отношению к болезни}) \times \\ \times (\text{Воспринимаемые барьеры} - \text{Воспринимаемые преимущества}).$$

Предполагалось, что каждая из этих переменных является независимой, однако эмпирически этот факт зачастую игнорировался, теоретически независимые конструкты не оказывались таковыми эмпирически. В последующих модификациях модели появились новые переменные: *пусковые механизмы*, которые активируют готовность индивида к выполнению действий, *самоэффективность*, *социально-демографические факторы*.

Пусковые механизмы могут быть внешними или внутренними (например, в случае того же курильщика напоминание об осуществлении поведения, информация в СМИ, смерть близкого человека от рака легких, дискомфорт и пр.). Включение в модель воспринимаемой самоэффективности (в случае курильщика — убеждение в том, что он может бросить курить) значительно повысило ее предсказательную силу. Социально-демографические факторы оказывают не прямое действие на исполнение поведения индивидом.

Эмпирические исследования показали, что превентивное поведение связано с воспринимаемыми барьерами на пути действия, преимуществами от действия и уязвимостью к угрожающей ситуации, но не связаны с серьезностью угрозы [Salovey, Rothman, Rodin, 1998]. Однако общая позиция в отношении того, какие переменные позволяют предсказывать поведение, отсутствует.

Модель убеждений о здоровье имеет репутацию *модели вне конкуренции*, ибо она была разработана непосредственно для решения проблем здоровья и рассматривается как основа для разработки образовательных программ в области здоровья, а также превентивных программ (например, в связи с ЗППП). Существование многочисленных программ такого рода можно рассматривать в качестве способа проверки самой

модели. Наконец, именно к данной модели апеллирует методика исследований, проводимых под эгидой ВОЗ: знания — аттитюды — убеждения — поведение. Эта методика была создана и используется в массовых исследованиях, проводимых в различных странах с 1987 года. Серии исследований, реализуемых по одному плану с некоторой периодичностью, позволяют проследить динамику изменения знаний — аттитюдов — убеждений и поведения в отношении СПИДа. Так, во Франции исследования, проведенные до и после создания комбинированных терапий<sup>1</sup>, показали, что в 2001 году снизился страх в отношении болезни, повысился оптимизм в отношении возможности излечения от СПИДа благодаря прогрессу в области терапий, одновременно с этим было показано, что люди стали реже прибегать к помощи презервативов, проходить обследование на ВИЧ-инфекцию. Любопытно, что возросло количество людей, убежденных в том, что ВИЧ-инфекция передается при укусе комара, использовании стакана после больного человека, пользовании общественным туалетом.

Ограничения этой модели можно сформулировать следующим образом: отношения между составляющими модели не концептуализируются, что превращает модель скорее в набор переменных, как следствие — усложняется эмпирическая проверка модели в целом. Для проверки модели предпринимаются исследования, в которых проверяются корреляционные связи между составляющими модели и поведением.

Данная модель также не позволяет разрешить одну из основных проблем, о которой говорилось выше, — переход от убеждений к поведению. Люди могут обладать хорошими знаниями о СПИДе, например, но эта информация не связана с их сексуальным поведением, что только лишний раз указывает на отсутствие прямой и рациональной связи между знанием и поведением [Paicheler, 1999]. Кроме того, модель сформулирована на индивидуальном уровне объяснения, не учитывает социальных параметров, факторов, связанных с культурой.

**Теория защитной мотивации.** Эта теория была разработана Р. Роджерсом [Rogers, 1975], по своей сути она является продолжением или улучшением модели убеждений о здоровье, здесь были учтены и исправлены слабые аспекты модели И. Розенстока. В теории защитной мотивации важным фактором, связанным со здоровым поведением или с прекращением небезопасных действий, является страх. Появление этого конструкта явилось достаточно важным дополнением теории, так как трудно представить, что, сталкиваясь с различными болезнями и заболеваниями, индивид не испытывает страха, а всего лишь анализирует информацию об этих реалиях жизни.

---

<sup>1</sup> Исследования проводились в 1990, 1992, 1994, 1998, 2001 годах [Les connaissances, attitudes, croyances..., 2001].

Основная идея теории сводится к тому, что люди стремятся предпринять превентивные действия, чтобы защитить свое здоровье от угрожающих факторов в том случае, если: 1) они верят в то, что некоторое явление представляет опасность для них; 2) они оказываются от него не защищены; 3) угрозы можно избежать за счет определенных действий, здорового поведения; 4) люди уверены в том, что им под силу выполнить требуемое поведение (самоэффективность). Речь идет о двух процессах оценки, происходящих параллельно. С одной стороны, это процесс *оценки угрозы*, включающий серьезность болезни и уязвимость по отношению к ней. Оценка угрозы соотносится с преимуществами проблемного (неадаптивного) поведения, которое индивид практикует в настоящее время. Человек перестает действовать таким образом, если угроза перевешивает воспринимаемые преимущества неадаптивного поведения. С другой стороны, это процесс *оценки совладания*, состоящий из воспринимаемой эффективности действия (или эффективности ответа) и способности действовать (или самоэффективности).

Результаты этих параллельных процессов определяют степень защитной мотивации, выражающейся в готовности к выполнению рекомендуемого поведения. Чувство страха связывается с восприятием угрозы какого-то заболевания и собственной уязвимостью по отношению к нему. Сильное чувство страха окажется эффективным только в том случае, если человек считает, что у него достаточно высокая самоэффективность. Другими словами, если рекомендуемое поведение воспринимается как осуществимое. Страх в сочетании с низким чувством самоэффективности действует обратным образом на готовность к выполнению здорового поведения. Значит, стоит не просто запугивать людей информацией об опасности того или иного заболевания (это особенно важно в связи с эпидемией СПИДа), но также показывать им, что в их силах предпринять конкретные защитные меры. Информация, имеющаяся у индивида из прошлого опыта, а также полученная путем убеждения или научения, приводит в действие или адаптивный (улучшение поведения), или неадаптивный (избегание, отрицание проблемы) стиль поведения.

Эмпирическая проверка данной теории показала, что пугающие фильмы на темы проблем здоровья (ЗППП и курение) были достаточно убедительными в том случае, когда картинки, демонстрирующие хирургическое вмешательство на больных органах, сопровождалась информацией о том, что рекомендуемое поведение (например, использование презервативов и прекращение курения) действительно поможет избежать печальных последствий. На примере самообследования груди у женщин было показано, что выполнение данного поведения предсказывается следующими переменными: эффективность ответа, серьезность болезни, самоэффективность.

К ограничениям теории защитной мотивации можно отнести все те же, что и были указаны в отношении предыдущей модели, а также игнорирование роли социальных факторов. Здесь также предикторы поведения, связанного со здоровьем или болезнью, варьируют в зависимости от исследуемой ситуации. Иногда по уязвимости и пытаются предсказать поведение, иногда — по уязвимости и самоофективности. Парадоксально, что эта теория получила меньшую критику, чем модель убеждений о здоровье. Хотя она также не учитывает ни социальных переменных, ни того, как формируются и изменяются установки респондентов. Кроме того, если соотносить теорию защитной мотивации с другими теориями и моделями, то можно говорить о том, что она имеет меньшую предиктивную валидность, чем теория причинного действия [Sheeran, 2002].

**Ментальные представления о болезни и здоровье.** Оценивая ощущения, симптомы и опыт болезни, индивид апеллирует к схемам, хранящимся в долгосрочной памяти. Эта информация включает знания и убеждения индивида в отношении физиологических аспектов здоровья и болезни. Будучи активизированными, эти системы знаний направляют селективное внимание, эффекты якорения в суждениях и запускают подтверждающие стратегии поиска информации. Однако это общая схема, которая описана в различных работах по социальному познанию, неспецифичных для здоровья и болезни. Х. Левенталь же предложил модель, в которой речь идет о специфическом знании, связанном со здоровьем и болезнью [Leventhal, Diefenbach, 1991]. Согласно модели ментальных представлений о здоровье и болезни, люди не только отвечают на присутствующие симптомы, но пытаются понять их природу, интуитивно объединяют их, вырабатывая, таким образом, ментальные представления или имплицитные теории болезней [Bishop, 1987]. Выработанные представления направляют последующие действия человека, имеющие своей целью совладание с болезнью. Представления о болезни, действия, направленные на совладание с болезнью, и их оценка — все это результат конструктивной активности, посредством которой индивид пытается понять и управлять специфической областью психологической реальности — соматическими ощущениями. Эти составляющие находятся в постоянном взаимодействии друг с другом.

Люди используют следующие категории для организации представления об угрозе здоровью: *называние болезни* (т.е. ярлык, некоторая категория, обозначающая болезнь, а также соответствующие симптомы); *причины* (каковы факторы ее возникновения, например, стресс, слабость, контакт с инфекцией); *продолжительность* (до излечения или смерти) и *последствия* (физические, социальные, экономические, это убеждения в отношении влияния болезни на качество жизни и функциональные способности человека). Эти понятия задают некую схему интерпретации информации о болезни. Представления придают смысл соматическому

опыту, а также облегчают коммуникацию людей о нем. С нашей точки зрения, достаточно важным преимуществом данной модели является включение в нее элемента «продолжительность», который предполагает некоторое изменение, развитие во времени представлений о болезни. Однако сама модель не базируется на методологии, позволяющей изучать динамику индивидуальных представлений о болезни.

Эта схема направляет выбор и исполнение действий, направленных на преодоление болезни. Симптом, проинтерпретированный как сердечно-сосудистое заболевание, требует немедленного обращения за медицинской помощью. Если же симптом интерпретируется как рак, то индивид может выбрать стратегию — немедленное обращение к врачу или «подождем — увидим», станет ли хуже. Симптомы же, оцениваемые как признаки простудного заболевания, побуждают индивида принимать лекарства, теплое питье и использовать другие способы противостояния болезни.

Индивид, согласно данной модели, оценивает серьезность своего состояния и соответствие между состоянием и предпринимаемыми мерами. Индивид здесь является активным решателем проблем, он как бы задает сам себе вопросы и отвечает на них. Посредством этого процесса симптомы трансформируются в представления, делаются более определенными. Человек предпринимает попытки оценить, насколько, например, аспирин является хорошим способом снятия головной боли и насколько головная боль — результат стресса или усталости, а не чего-то более серьезного. Представления в отношении болезни — результат активных систем конструирования, и память вовлечена в эти процессы трансформации ощущений в осмысленные представления. Представления, стратегии совладания и оценка результатов, которые возникают в ответ на соматические ощущения, — результаты взаимодействия ощущений и индивидуального знания, хранящегося в различных системах памяти. Таким образом, мы думаем, чувствуем и говорим о симптомах и вырабатываем долгосрочные стратегии по совладанию с ними. Процессы памяти обеспечивают немедленную связь между ощущениями, с одной стороны, с эмоциональными реакциями и процедурами контроля — с другой.

Эмпирические исследования, основанные на этой модели, дают, однако, противоречивые результаты, т.е. закономерности оказываются различными для того или иного заболевания.

В группе гипертоников были продемонстрированы симметричные отношения между симптомами и соответствующим концептом. Знание о соматических ощущениях направляет поиск соответствующей болезни, и, соответственно, будучи обозначенными как гипертоники, люди ведут поиск соответствующих симптомов. В исследовании было показано, что 92% больных гипертонией считали, что они могут определить, когда их давление повышено, указывая на головную боль и прилив крови к лицу как индикаторы этого [Meyer, Leventhal, Gutmann, 1985].

Убеждения в отношении имеющихся симптомов двойкие: с одной стороны, они могут иметь негативное влияние на состояние больных, так как эти убеждения направляют соответствующее поведение по преодолению болезни. Те больные, которые использовали симптомы как индикаторы кровяного давления, с меньшей вероятностью употребляли предписанные им лекарства, если считали, что лекарство не оказывает позитивного эффекта на симптомы. Они чувствовали себя хуже по сравнению с теми, кто таких убеждений не имел, и 6 месяцев спустя они с большей вероятностью прекращали прием лекарств. В противоположность этому результату в случае больных раком наблюдается рассогласование между симптомами и соответствующим концептом (обозначением болезни), что, однако, не вело к прекращению лечения.

С другой стороны, в случае заболевания диабетом больные научаются идентифицировать симптомы, что является ключевым для лечения.

В исследовании Дж. Бишопа испытуемые группировали симптомы, а также оценивали их с помощью различных шкал [Bishop, 1987]. В результате было получено четыре измерения, которые позволяют сгруппировать симптомы: вирусная природа заболевания, локализация симптомов в нижней части тела, психологические или физические причины заболеваний, степень нарушения активности. Эти измерения согласуются с тремя типами действий: самолечение, снижение активности, обращение за медицинской помощью. Самолечение соотносится с симптомами, объединенными в категорию вирусная природа и в категорию степень нарушения активности. Снижение активности соотносится со степенью нарушения активности. Обращение за медицинской помощью соотносится с психологическими или физическими причинами заболеваний, причем решающую роль играют здесь именно физические, а не психологические причины. Для женщин был также выявлен «скрипт» болезни: снижение активности — обсуждение симптомов — консультация с неспециалистом — самолечение — обращение за медицинской помощью.

В других эмпирических исследованиях, выполненных в рамках этой модели [Clark, 1994], было показано, что люди не всегда используют все четыре понятия (название болезни, причины болезни, продолжительность и последствия), в меньшей степени используются продолжительность и последствия. Однако в их представлениях о болезни присутствует другое понятие — излечение.

Данная модель интересна тем, что в ней предлагается изучать то, как индивид представляет себе здоровье и болезнь в обыденной жизни. Достаточно важным преимуществом данной модели является включение в нее элемента «продолжительность», который предполагает некоторое изменение, развитие во времени представлений о болезни. Однако сама модель не базируется на методологии, позволяющей изучать динамику индивидуальных представлений о болезни. Самым главным недостатком данной модели оказывается то, что представления рассмат-

риваются как индивидуальный ментальный феномен, социальной составляющей нет места в данной концепции. Это замечают и сами авторы модели, говоря о том, что данной модели требуется учет факторов социального контекста [Leventhal, Diefenbach, 1991]. Кроме того, болезнь как будто бы не вызывает эмоциональных переживаний у человека, хотя, как было продемонстрировано в моделях выше, эмоциональные переживания в отношении болезни (например, чувство страха, как это было показано в теории защитной мотивации) побуждают индивида к выполнению определенных действий. Не дает ответа модель и на вопрос о том, в каких случаях представления о болезни базируются на всех основных понятиях схемы (называние болезни, ее причины, продолжительность и последствия), а в каких — только на некоторых из них.

**Постадийные модели изменения поведения, связанного со здоровьем.** Практически все рассмотренные выше модели и теории принадлежали к так называемым континуумным, которые нацелены на выявление ряда факторов, влияющих на предпринимаемое поведение. При этом отдельные факторы не обнаруживают взаимосвязей между собой, но каждый из них в той или иной степени определяет интенцию к поведению. Исследователи, разрабатывающие эти теории, пытаются выявить необходимые и достаточные предикторы поведения. Теперь же речь пойдет о постадийных моделях. Наибольшую эмпирическую поддержку среди них получили транстеоретическая модель и модель формирования предосторожности [Salovey, Rothman, Rodin, 1998; Weinstein, Rothman, Sutton, 1998]. Их возникновение связывается с тем, что континуумные модели не позволяют выделить всеобъемлющую переменную, которая могла бы позволить последовательно предсказывать изменение поведения. Они интересны тем, что позволяют рассматривать изменение поведения, связанного со здоровьем, не как одномоментное дискретное событие, но как некоторый процесс, разворачивающийся во времени. Причем переход с одного этапа на другой предполагает качественное изменение поведения индивида.

Основополагающие идеи моделей постадийного изменения поведения сводятся к следующему [Weinstein, Rothman, Sutton, 1998]: 1) стадии представляют собой теоретические конструкты, люди, находящиеся на одной стадии, немного отличаются друг от друга по сравнению с людьми, находящимися на разных стадиях; 2) выделение последовательности стадий и категоризация людей по этим стадиям сопровождаются определением мер, необходимых для помощи людям в совершении этих изменений; 3) люди, пребывающие на одной и той же стадии изменения поведения, сталкиваются с одинаковыми барьерами, следовательно, сходные действия могут помочь им справиться с этими препятствиями; наконец, 4) пребывая на различных стадиях, люди сталкиваются с разными барьерами.

Изменение поведения человека, происходящее посредством перехода от одной стадии к другой, отлично от биологического развития, ибо здесь этот переход может происходить достаточно быстро, а может не произойти никогда. Кроме того, факторы, побуждающие человека изменить свое поведение, варьируют в зависимости от поведения к поведению (сравнить, например, снижение веса и использование презервативов).

*Транстеоретическая модель.* С точки зрения трансформации поведения, связанного со здоровьем, интерес представляет модель, описывающая постадийное его изменение (Дж. Прохазка, К. Диклемент). Эта модель изначально была разработана как программа по прекращению курения, а затем использована для различных типов поведения, в настоящее время получила широкое применение для адаптации безопасного сексуального поведения в эпоху эпидемии СПИДа, для выполнения физических упражнений, для участия в обследовании груди у женщин и пр. [Ibid].

Транстеоретическая модель описывает, как люди модифицируют свое проблемное поведение или выучивают новое. Центральный конструкт — этапы изменений поведения во времени. Это не одномоментное событие. Каждая стадия — это некоторый период времени, а также ряд задач, который индивид должен реализовать, чтобы продвинуться на последующую стадию. Если время выполнения этих задач может варьировать, то сами задачи на каждой стадии остаются постоянными [Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992].

Наряду с этим в модели представлены такие конструкты, как решенческий баланс («за» и «против»), самоэффективность и «искушение», процессы изменения. Индивид в данной модели представлен как «решатель» проблем, и в зависимости от его решения (за или против изменения) он продвигается на следующую стадию или возвращается на одну из предшествующих.

В транстеоретической модели описывается пять стадий изменения поведения. Рассмотрим их на примере курения [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004]. *На первой стадии* (беспроblemное существование, предшествующее изучению проблемы) человек еще не задумывается о том, чтобы бросить курить в течение обозримого будущего (ближайших 6 месяцев). На данной стадии люди могут быть неинформированными или недостаточно информированными о серьезности последствий предпринимаемого ими проблемного поведения. На этой стадии могут также встречаться люди, которые уже предпринимали попытки бросить курить, но неудачные последствия деморализовали их, так что пока они не желают задумываться о курении как о серьезной угрозе здоровью, в то время как эта проблема может быть достаточно очевидной для окружающих. У этой категории курильщиков отсутствует желание прекратить курить, традиционные программы не адресованы им, ибо субъекты не то чтобы не видят решения, но не видят самой проблемы.

*На второй стадии* (стадии раздумий, изучения и рассмотрения проблемы) человек начинает задумываться над тем, чтобы бросить курить в течение ближайшего времени (в теории это обозначается как ближайшие 6 месяцев), но пока не предпринимает никаких конкретных действий. На этой стадии индивид располагает информацией как за прекращение курения, так и против, он взвешивает эти альтернативы.

Индивиды, пребывающие на данном этапе, также не готовы еще к реализации изменений своего проблемного поведения — курения. Группа из 200 курильщиков пребывала в состоянии осознания проблемы курения, однако ни один ее участник не предпринимал никаких действий в течение двух лет [Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992].

Тем не менее ключевой момент этой стадии заключается в серьезной озадаченности своим поведением и в поиске решения проблемы, хотя зачастую люди, находящиеся на данном этапе, предпринимая действие, противоположное своим убеждениям.

*На третьей стадии — стадии подготовки* — можно выявить некоторую готовность человека к действию в течение ближайшего месяца, а также поведенческие критерии. У них есть план конкретных действий. Люди, находящиеся на этой стадии, уже предпринимали попытки бросить курить в прошлом, но пока эти действия не увенчались успехом. Среди конкретных действий, предпринимаемых здесь, — уменьшение количества сигарет или некоторая 30-минутная пауза перед первой сигаретой. Несмотря на небольшие поведенческие модификации, индивиды не выработали критерия эффективного действия, что позволило бы им реализовать это действие. Дж. Прохазка с соавторами обозначает данный этап как этап принятия решения.

Затем следует сама *стадия действия*, длящаяся от одного дня до 6 месяцев. Здесь индивиды модифицируют свое поведение для того, чтобы справиться с проблемой, или изменяют свое окружение, чтобы преодолеть ее. Изменение поведения требует определенных энергетических и временных затрат. Это изменение и является ключевым моментом этого этапа.

Наконец, на *стадии поддержки действия* индивид продолжает выполнять выбранную стратегию поведения в течение времени, превышающего 6 месяцев. Он уверен, что сможет поддерживать новое поведение длительный срок, вплоть до конца жизни. Ключевая характеристика данной стадии заключается в стабилизации поведенческого изменения и избегании возвращения к проблемному поведению.

Если изначально процесс изменения поведения представлялся как линейный, то в более поздней редакции этой модели авторы отмечают, что «рецидив» является не исключением, а правилом модели. Таким образом, процесс изменений можно представить как спиралевидную кривую. Большинство индивидов возвращается на предшествующие этапы. Возвращение на предыдущие этапы, с точки зрения авторов мо-

дели, не является бесконечным движением по кругу. Люди извлекают информацию из самих неудач и используют ее в дальнейшем.

Понятие решенческого баланса восходит к модели Джаниса — Манна [Janis, Mann, 1977] по принятию решения, однако в данном случае у индивида есть только два варианта при принятии решения — «за» и «против». Соотношение «за» и «против» изменяется по мере продвижения индивида с одного этапа на другой. Так, на первом этапе, когда индивид не задумывается о том, чтобы прекратить курить, «за» курение перевешивает «против» курения. На следующем этапе рассмотрения или изучения проблемы между «за» и «против» складывается неустойчивое равновесие. Однако если индивид переходит на следующий этап, то «против» курения устойчиво перевешивает «за».

В транстеоретической модели также используется понятие самоэффективности, заимствованное из модели А. Бандуры. Однако здесь самоэффективность рассматривается как уверенность индивида в том, что он не будет выполнять проблемное поведение (курение, употребление алкоголя, переедание и пр.). В этой модели ей противостоит «искушение», т.е. индивид на различных этапах подвергается «искушению» выполнить проблемное поведение.

С самоэффективностью и «искушением» связаны процессы изменения, сопровождающиеся определенными действиями по мере перехода с этапа на этап. Всего в модели предлагается говорить о 10 таких процессах изменений, которые получили наибольшую теоретическую и эмпирическую поддержку. Содержание процессов позволяет прогнозировать, как будет происходить изменение поведения индивида, в каком направлении оно пойдет: перейдет ли индивид на следующий этап или вернется на предыдущий.

Когнитивный уровень включает следующие действия:

- 1) осознание проблемы (индивид припоминает то, что окружающие говорили про прекращение курения, ищет информацию в литературе);
- 2) эмоциональное возбуждение (эмоциональная реакция в ответ на предупреждение о вреде курения);
- 3) социальная переоценка проблемного поведения (во внимание принимается то, что курение опасно для окружающих);
- 4) восприятие возможностей, имеющихся в его окружении (жизнь изменилась так, что удобнее быть некурящим);
- 5) переоценка себя (индивид осознает свою зависимость от сигарет, что его разочаровывает в самом себе).

На поведенческом уровне происходят следующие процессы:

- 1) контроль за воздействующими стимулами (из дома удаляются все предметы, напоминающие о курении);
- 2) поддержка (в окружении индивида есть кто-то, кому можно рассказать о своей проблеме);
- 3) замещение (индивид находит себе занятие вместо того, чтобы курить);

4) управление подкреплением (индивид вознаграждает себя за проблемное поведение);

5) самоосвобождение (он поддерживает прекращение курения).

Ряд процессов (осознание проблемы, эмоциональное возбуждение, социальная переоценка проблемного поведения) соответствует начальным этапам, а именно возникает при переходе от первого этапа, когда индивиды ведут беспроblemное существование, ко второй стадии. Большая часть остальных процессов (поддержка, замещение, управление подкреплением, самоосвобождение) соответствует заключительным стадиям.

По некоторым данным [Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992], только 10–15% курильщиков доходят до стадии изменения, 15% постоянно возвращаются на начальную стадию.

Эта модель выдержала многочисленные эмпирические проверки на примере контроля веса, выполнения физических упражнений, безопасного секса, переедания, употребления алкоголя, использования презервативов, следования медицинским указаниям, использования одноразовых шприцев наркоманами в эпоху СПИДа и др. [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004]. Однако имеющиеся результаты достаточно противоречивы. Для каждого вида поведения существует свое процентное соотношение индивидов, находящихся на различных этапах. В целом, небольшой процент индивидов достигает финальных стадий и поддерживает свое измененное поведение в дальнейшем. Более того, по данным, полученным в середине 1990-х годов, процентное распределение индивидов по разным стадиям модели в случае курильщиков различается в западноевропейских странах и в США. Согласно европейским данным, большинство индивидов (до 70%) пребывали на первой стадии. Американские данные свидетельствовали о том, что большая часть индивидов оказывались на второй и третьей стадиях.

К безусловной заслуге модели можно отнести то, что в ней изменение поведения рассматривается как некоторый процесс, разворачивающийся во времени, а не одномоментное изменение, то, что содержание этапов позволяет классифицировать индивидов, ибо не все индивиды, которые не прекратили курить, пребывают в одном и том же состоянии и могут быть определены как находящиеся на одной и той же стадии. Эта теория легко операционализируема, разработанный инструментарий позволяет определить, на какой стадии пребывает индивид. Однако ее главное ограничение заключается в том, что в ней не сформулированы определенные стратегии и убеждения, которые способствуют переходу индивида с одной стадии на другую. Хотя, как было отмечено выше, эта модель была использована для различного поведения, но полученные результаты достаточно противоречивы, чтобы делать однозначные выводы.

*Модель формирования предосторожности* предлагает различать семь стадий в процессе, посредством которого люди адаптируют предосто-

рожность. Стартовая точки, сходная с аналогичной в транстеоретической модели, — отсутствие осознания проблем со здоровьем (*первая стадия*). Получение некоторой информации в отношении этой проблемы, с точки зрения данной модели, соответствует ее осознанию. Однако люди не вовлечены еще в какое-либо поведение (*вторая стадия*). *Третья стадия* соответствует моменту принятия решения, когда перед индивидом открываются возможности: не адаптировать предосторожность (*четвертая стадия*) — для него этот процесс заканчивается. Или адаптировать предосторожность (*пятая стадия*). *Шестая стадия* касается выполнения конкретного поведения, *седьмая* — соответствует поддержанию нового поведения во времени. При внешнем сходстве этой модели с транстеоретической моделью она отличается от последней тем, что делается различие в отношении людей, которые никогда не задумывались о существующей проблеме, и тех, кто немного знает о ней, но никогда не предпринимали никаких действий. Кроме того, Н. Вейнштейн предлагает различать тех, кто решил не предпринимать действий и не адаптировать предосторожности (*четвертая стадия*), с одной стороны, и тех, кто не предпринимает действий (*первая и вторая стадии*) — с другой. Модели расходятся и в том, как решается вопрос о распределении индивидов по группам в связи с вовлечением в какое-либо поведение по прекращению проблемного поведения в прошлом [Weinstein, Rothman, Sutton, 1998].

Кроме обозначенных выше стадий в модели присутствует ряд переменных: воспринимаемая собственная уязвимость определяет, будет ли индивид предпринимать действия по формированию предосторожности, т.е. происходит ли переход от третьей стадии к пятой. Переход от интенции к самому действию (переход от пятой стадии к шестой) подчиняется в этой модели наличию ситуативных препятствий.

Обе теории (транстеоретическая и модель формирования предосторожности) представляют достаточно подробное описание того, как развивается во времени процесс изменения поведения, связанного со здоровьем. Модели открывают возможность для разработки превентивных программ, которые учитывают распределение людей по различным стадиям и предлагают соответствующую информацию, в противоположность кампаниям, рассчитанным на всех одновременно.

Наряду с этим на настоящий момент отсутствует точное знание в отношении механизмов перехода со стадии на стадию, что отчасти объясняется типом исследований. Дело в том, что значительная часть данных получена в исследованиях, проведенных по кросс-секционному плану, когда одновременно сравниваются индивиды, находящиеся на разных стадиях. Тогда показатели решенческого баланса, а также процесса изменений, предложенные в транстеоретической модели, отражают то, как люди понимают, что они делают. Необходимы исследования иного типа (например, лонгитюдные), которые позволили бы делать выводы о том,

когда происходят изменения на уровне решенческого баланса — до или после поведенческих изменений.

Критики постадийных моделей изменения поведения указывают на то, что сами стадии сформулированы скорее как некоторый континуум, а не дискретные точки процесса изменений (это замечание в большей степени касается транстеоретической модели, чем модели формирования предосторожности).

Итак, специфические теории и модели в большей степени, чем основные, делают акцент на анализе убеждений в отношении здоровья или болезни. Однако одна из основных проблем многих специфических теорий заключается в операционализации теории и ее полной эмпирической проверке. Пока не совсем ясно, имеем ли мы право говорить о том же самом теоретическом конструкте при различной его операционализации. Хотя аналогичные проблемы характерны и для общих теорий.

Учет результатов, получаемых в исследованиях, проводимых в русле континуумных моделей, представляется продуктивным для развития постадийных моделей изменения поведения. Вероятно, знание о факторах, влияющих на интенцию к действию, способствовало пониманию механизмов продвижения с одной стадии на другую.

Ведутся дискуссии о необходимости создания интегративной модели, которая объединила бы достижения отдельных моделей и за счет этого обладала бы большей объяснительной способностью, чем имеющиеся на настоящее время модели и теории. Все более широкое применение структурного моделирования как способа анализа данных предъявляет определенные требования к операционализации теоретических конструктов моделей [Salovey, Rothman, Rodin, 1998].

Завершая данную главу, вернемся еще раз к сферам интересов психологии здоровья, обозначенным Дж.Матараццо, о которых мы говорили выше. Можно заметить, что социально-психологические теории и модели предлагают свои разнообразные средства для решения проблем в каждой сфере. Рассмотренные выше подходы к анализу проблем здоровья и болезни дают различные объяснения тому, как соотносятся убеждения в отношении здоровья и болезни с соответствующим поведением. Как уже отмечалось выше, каждая теория, рассмотренная здесь, имеет определенные ограничения с точки зрения объяснения и предсказания поведения, однако каждая из них оказывается ценной и применимой в определенных условиях. Интерес одних теорий направлен на изучение факторов, влияющих на поведение, связанное со здоровьем и болезнью, интерес других — на рассмотрение процесса изменений убеждений и поведения.

Практически все теории (даже теории постадийного изменения поведения, связанного со здоровьем) рассматривают в качестве предикторов поведения статичные структуры, в то время как эти структуры обладают определенной динамикой, игнорирование которой как второ-

степенной дает частичное объяснение проблемам здоровья и болезни. Практически ни одна из теорий не затрагивает проблему отношения с больными и к больным, хотя опыт болезни происходит в определенных социальных, культурных и исторических условиях, которые, несомненно, сказываются на убеждениях, ориентирующих соответствующее поведение. Поведение в связи с болезнью имеет две грани: с одной стороны, действия в связи с самой болезнью, с другой — действия по отношению к больным.

Таким образом, необходима такая теория, которая позволила бы преодолеть ограничения, сформулированные выше. Очевидно, что для этого она должна апеллировать к более высокому уровню объяснения [Doise, 1986]. С нашей точки зрения, теория социальных представлений удовлетворяет этим требованиям, ее подробному анализу мы и посвящаем следующую главу.



## ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ: ИНОЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

### 3.1. Теория социальных представлений

На первый взгляд, парадоксален тот факт, что теория социальных представлений [Moscovici, 1961] вынесена в отдельную главу, масштаб ее рассмотрения несколько иной, чем во второй главе, ибо формально эта теория может быть помещена в классификацию, предложенную выше. Этот шаг оправдывается не только тем, что в русле теории социальных представлений выполнены наши собственные исследования и нам необходимо изложить положения, на которые мы опирались. Дело в том, что понимание проблем здоровья и болезни, на которое опираются теории, изложенные во второй главе, и теория социальных представлений различаются настолько, что позволяют нам провести такую границу. Поясним сказанное подробнее.

Теории, изложенные во второй главе, предлагают рассматривать здоровье и болезнь как явления, касающиеся только индивида. Когнитивные процессы здесь рассматриваются в качестве основных механизмов, которые направляют поведение человека, связанное с болезнью и здоровьем. Основное внимание исследователей направлено на изучение того, как *отдельно взятый индивид* перерабатывает информацию, как он ее отбирает с помощью аттитюдов и убеждений для того, чтобы принять решение в отношении поведения, связанного со здоровьем или болезнью, допуская при этом *ошибки*. Сам индивид рационален, а когнитивные образования, на которые он опирается при принятии решения, статичны.

В русле практически всех этих теорий не рассматривается ни то, как формируются когнитивные образования, связанные со здоровьем и болезнью, ни то, как они изменяются, ни то, наконец, как они вообще связаны с социальным контекстом. Эти теории преимущественно апеллируют к интраиндивидуальному уровню объяснений по Дуазу [Doise, 1986], что, несомненно, является их ограничением и недостатком. Пытаясь преодолеть эти ограничения, теории пытаются использовать такие конструкты, как социальная идентичность, коммуникация<sup>1</sup>, для того,

<sup>1</sup> Конструкты, которые не являются частью моделей и не соответствуют их уровню объяснения.

чтобы объяснить поведение, связанное со здоровьем и болезнью [Salovey, Rothman, Rodin, 1998; Kashima, Gallois, McCamish, 1990]. Это значит, что интраиндивидуальный уровень объяснения недостаточен для анализа поведения и предпринимаются попытки использовать конструкции более высокого уровня, что только лишний раз указывает на необходимость теории другого уровня. Словом, изучение проблем здоровья и болезни требует учета социокультурного и исторического контекстов, абстрагирование от которых едва ли возможно, ибо оно походит на изучение индивида вне общества.

С нашей точки зрения, здоровье и болезнь являются социальными, эмотивными, символическими сущностями, которые едва ли возможно изучать, полагая, что индивид, осуществляющий поведение, связанное со здоровьем или болезнью, рационален, действует в ситуации, свободной от ценностей. Ведь опасности и угрозы, с которыми он сталкивается, зачастую оказываются тесно связанными с тем, что привлекательно, приятно, желанно, касается ситуаций, в которых индивид может находиться в состоянии возбуждения (будь то вовлеченность в незащищенные сексуальные отношения с незнакомым партнером, табакокурение, употребление продуктов и веществ, вредных или даже опасных для здоровья, и пр.). Риск, который неизбежно связан с проблемами здоровья и болезни, является социальной и культурной конструкцией, то, как мы его интерпретируем, зависит от социальных норм и социальных ожиданий. Так, при оценке риска люди опираются на убеждения в том, что болезнь является наказанием за какой-то проступок [Farr, 1995]. На этом убеждении может выстраиваться поведение в отношении больных.

Принимая решение о выполнении или не выполнении поведения, индивид, являющийся «экспертом по опыту» в области здоровья и болезни, апеллирует к обыденным представлениям, в которых хранятся схемы и средства разрешения проблемы, т.е. он опирается не только на индивидуальный, но и на коллективный уровень знаний, соответствующий той или иной культуре. Как было подробно показано в первой главе, средневековые эпидемии болезней не прошли бесследно, наиболее ярким примером этому является появление и распространение СПИДа, обозначенного как «чума XX века» в самом начале эпидемии. *Наивный ученый* или пресловутый «человек с улицы», как его называет С. Московиси [Moscovici, 2001], не может *придумать* здравый смысл, ибо этот смысл порождается в многочисленных коммуникациях. История, культура, наука и массмедиа оказываются факторами, которые играют ключевую роль в формировании этих представлений. Отсюда становится понятным, что конструкции, на которые опирается индивид, принимая решение, подвижны и динамичны, они обладают определенной спецификой, характерной для каждой культуры, для того или иного исторического момента или социального контекста.

Более того, область здоровья и болезни шире, чем только выполнение действий, связанных со здоровьем и болезнью. Как было показано в историческом анализе динамики представлений о здоровье и болезни, изложенном в первой главе, в определенные моменты эпидемий эффективным способом защиты от болезни была борьба с самими больными. Опять же отголоски этого можно обнаружить в ситуации распространения СПИДа. Очевидно, что сама область изучения проблем здоровья и болезни с необходимостью включает анализ отношений с больными, стратегий поведения в отношении больных. Это оказывается еще одним аргументом в пользу необходимости теории, которая позволила бы принять во внимание особенности, указанные выше, и проанализировать здоровье и болезнь через призму отношений *индивид—общество*. Адекватной теорией, которая позволила учесть эти грани проблемы здоровья и болезни, и является теория социальных представлений. В фокусе этой теории находятся обыденные представления, на которые люди опираются, коммуницируя друг с другом, принимая решение о выполнении (невыполнении) того или иного действия, вступая в социальные отношения. Она дает возможность рассматривать макросоциальные феномены, релевантные современной жизни, а также учитывать изменения, происходящие в ситуации социальных изменений, социальной нестабильности. При этом явления рассматриваются через призму взаимозависимости индивида и общества, где *оба* уровня доступны анализу. Оказывается возможным связать уровень макросоциального дискурса с индивидуальным социальным поведением, познанием, аффективной сферой и символическим пониманием [Wagner, Valencia, Elejabarrieta, 1996].

Социальные представления — это цепочки идей, метафор и образов, более или менее свободно связанные друг с другом, что обеспечивает их большую подвижность по сравнению с теориями. Представления оказываются своего рода «мостом», связывающим индивида, с одной стороны, и социальный мир — с другой. Эта теория является общей социально-психологической теорией, применимой для анализа различных социальных феноменов. Теория социальных представлений, или «антропология современной культуры», преодолевает упрощенное понимание человека, которое существует в теориях, изложенных во второй главе. С точки зрения С. Московиси, общество — это не только источник информации, но и источник значений [Moscovici, 1984]. Теория социальных представлений основана на эпистемологии, которая приносит в центр внимания динамическую взаимозависимость между культурно разделенными формами мышления, их коммуницированием и трансформацией посредством активности индивидов и групп. Эти феномены имеют двойную направленность: с одной стороны, они коренятся в культуре, языке и истории, т.е. имеют тенденцию к стабильности; с другой — они живут в активности, так как напряжение, конфликты групп,

индивидов, которые активно присваивают их, вносят инновации и создают новые феномены. Идея теории социальных представлений является основополагающей для наших исследований, так как позволяет нам изучать особенности динамики представлений о здоровье и болезни.

Представления историчны в том смысле, что это идеи, выступающие в качестве организующих принципов в определенный исторический момент для ряда объектов и ситуаций. Отсюда для их понимания нам требуется анализ того, как они изменяются со временем, как они следуют за трансформациями, происходящими в обществе.

С другой стороны, это культурно-специфические сущности. Это подразумевает, что люди в различных культурах производят различные образы одной и той же социальной реальности, вырабатывают разные представления. Представления всегда комплексны, они вписаны в «рамку предшествующих идей» (знаний или убеждений) и зависят от системы убеждений, вписанных в ценности, традиции, образы мира. Представления могут быть обозначены как дискурсивное мышление, символическая система, включающая язык. Если традиционно язык не является приоритетным предметом изучения в социальной психологии, то благодаря теории социальных представлений он оказывается в центре изучения. Без языка — нет представлений. Отсюда через исследование языка становится доступным анализ изменения представлений.

Прежде чем рассматривать основные идеи теории социальных представлений, кратко проясним ситуацию с самим понятием. Как пишет С. Московиси, «если реальность социальных представлений легко схватить, то это не так просто в отношении самого понятия» [Moscovici, 1976. С. 79]. Причины этих затруднений он разделяет на «исторические» и «не исторические». Если первые предлагается оставить на суд историков, то вторые, с его точки зрения, сводятся к одному — к специфике положения этого понятия на перекрестке ряда социологических и ряда психологических понятий. Перекресток этот достаточно «тесен», а дороги, ведущие от него, многочисленны, что дает психоаналитикам, клиницистам, психологам, социальным психологам основания полагать, что можно сходиться на этом перекрестке, а затем разъезжаться, никогда не встречаясь друг с другом [Doise, 1986]. Итог этой специфической ситуации таков: во-первых, в концепциях, «соседних» по отношению к теории социальных представлений, не делается никаких указаний на эту теорию. В качестве примера можно указать на работы П. Бурдьё, в которых он говорит о понятии — организующем принципе, достаточно близком к понятию представления, но не делает никаких ссылок или указаний на работы С. Московиси [Ibid]. Во-вторых, понятие социального представления оказывается многозначным, под ним понимают различные феномены и процессы. Среди всего многообразия феноменов и про-

цессов, если ограничиться только идеями С. Московиси [Moscovici, 1976], можно найти указание на то, что социальное представление — это промежуточная стадия между понятием и восприятием. Московиси, принимая во внимание указанные выше сложности в связи с определением понятия, предлагает рассматривать социальное представление как специфическую форму социального знания, соединяющую в себе понятийный и образный компоненты. Он предлагает такого рода формулу для определения представления:

«Представление = Образ / Значение» [Moscovici, 2000. С. 31].

Итак, представление имеет два аспекта — иконический (или образный) и концептуальный (или вербальный). Концептуальный аспект рассматривается в связи со знанием и с языком, иконический — подчинен концептуальному. С. Московиси акцентирует внимание на значимости образа, цитируя Д. Хебба: «Вы можете с трудом повернуться в психологии без того, чтобы не столкнуться с образом» [Moscovici, 2001. С. 19]. И хотя мы можем отдать предпочтение слову по сравнению с образом, однако это не означает, что сам образ при этом исчезнет [Ibid]. Эта двойственность аспектов представления (концептуального и иконического) приобретает особую значимость в связи с социальным неравенством, где массам доступен преимущественно иконический аспект, а более привилегированным классам, элите преимущественно более сильный аспект представления — концептуальный. Аналогичным принципом руководствуются современные СМИ: фигуративная риторика рассчитана на массы, лингвистическая — на просвещенное меньшинство [Ibid].

Представление, обладающее иконической и концептуальной сторонами одновременно, — это специфическая форма знания (практического знания), которая связывает субъект с объектом, т.е. познающий субъект как бы сливается с тем, что он познает. Акт представления — это акт мышления, позволяющий субъекту приблизиться к объекту [Jodelet, 1984]. Отсюда единство пассивного и активного моментов, образа и понятия в представлении. В социальной жизни индивида постоянно подстерегают неожиданности, странности, непривычные факты, идеи, но он должен сохранить свою внутреннюю картину мира непротиворечивой. Для этого ему необходимо (и здесь-то подключается механизм представления) сделать необычное обычным, т.е. произвести соответствующие адаптивные изменения в структуре знаний и оценок, с условием, что в целом универсум сохранит свои качества согласованности и конгруэнтности [Донцов, Емельянова, 1987].

В этой трансформации чего-то неизвестного, пугающего, зловещего в известное и заключается *одна из наиболее важных функций представлений* [Moscovici, 1984]. Принцип знакомости занимает важное место

как в психологии, так и в социологии. Есть основания говорить о том, что и индивиды, и общности препятствуют вторжению странности, однако когда контакт с этим странным, неизвестным и непонятым неизбежен, мы вынуждены создавать представления о нем. И в данном случае возможно говорить о том, что метафоры играют существенную роль в создании представлений, так как они находят место для малоизвестных идей и образов среди тех, что уже широко известны. Эта функция метафоры достаточно показательна в случае формирования представлений о СПИДе, когда новая, непонятная и пугающая болезнь начинает приобретать знакомые, понятные очертания за счет использования метафор. Так, во время своего появления СПИД был обозначен как «рак геев», «чума XX века». Использование уже известных болезней для определения новой позволяет сделать новую болезнь более понятной и определенной [Sontag, 1989].

Представления социально выработаны и разделены. Они порождаются в коммуникациях, в бесчисленных диалогах. Появляясь в них, они выполняют *еще одну важную функцию* — облегчение осуществления коммуникаций. Таким образом, представления являются продуктом коммуникации, которая, в свою очередь, невозможна без представлений. Диалектическое отношение между коммуникацией и представлением позволяет Дж. Дювину обозначать теорию социальных представлений как генетическую социальную психологию [Duveen, Lloyd, 1990].

*Другие функции социальных представлений* заключаются в ориентации поведения индивидов и оправдании их социальных отношений. Представления также принимают участие в конструировании и поддержании социальной идентичности<sup>1</sup>.

«Социальность» представлений заключается в том, что они коллективно выработаны и используются, а не только в том, что их можно обнаружить у каждого [Moscovici, 2001]. Социальные представления указывают на социальные феномены, выполняют социальные функции [Breakwell, 2001].

Представления содержат противоречащие элементы, однако это не мешает нам в нашей повседневной жизни, так как мы не живем в одном гомогенном мире, но во многих мирах, каждый из которых имеет свою собственную форму дискурса и мышления [Wagner, Duveen, Verma, Themel, 2006]. Наличие таких противоречащих друг другу элементов мы обнаруживаем в исследованиях представлений об интеллекте. Ро-

---

<sup>1</sup> Существуют две позиции, объясняющие отношения между представлениями и социальной идентичностью. Согласно первой, представления — продукт идентичности, различные группы вырабатывают отличающиеся представления в отношении одного и того же объекта [Breakwell, 2001]. Согласно второй, человек рождается в социальном мире, мире представлений, которые конструируют его идентичность [Duveen, 2001].

дители могут разделять идею о том, что интеллект их ребенка — это некий дар, в противоположность мнению о связи интеллекта с обучением. С другой стороны, те же самые родители могут считать, что интеллект обусловлен обучением. Эти два противоположных объяснения могут уживаться вместе, так как каждый из них используется в определенном социальном контексте, в определенной ситуации: в семье или в школе, в отношении собственного ребенка или чужого. В сосуществовании различных, противоречащих представлений, проявляющихся в различных контекстах, можно усматривать стратегию самозащиты [Wagner, Duveen, Verma, Thamel, 2006]. Таким образом, в теории социальных представлений отсутствует понятие о правильном и ошибочном представлении. Нет единого правильного представления, в современном обществе существует достаточно много различных представлений. К тому же индивид может быть носителем противоречащих друг другу представлений и не испытывать при этом конфликта. Как подчеркивает С. Московиси, динамическое сосуществование различных типов знания, соответствующих отношению человека и его окружения, определяет состояние когнитивной полифазии [Moscovici, 1976]. Таким образом, определенные представления требуются нам в одной ситуации, например для построения отношений с нашими друзьями или семьей, другие — приобретают свою важность в ситуации решения политической, экономической или иной задачи.

Источниками представлений являются *научное знание и убеждения*. Здравый смысл включает различные типы знания (например, научное или экспертное знание, знание, основанное на опыте межперсональных отношений, разговоров, повседневной рутины и пр.). Источником представлений о здоровье и болезни выступают экспертные знания из области медицины. Это достаточно богатая область для использования на уровне обыденного сознания.

Другие представления основаны преимущественно на убеждениях, долговременных образованиях, которые обычно коренятся в культуре, традициях, языке. Убеждения не требуют фактов для своего опровержения или подтверждения. Например, если индивид верит в то, что СПИД передается через рукопожатие, то этот человек не будет искать проверки этому убеждению. Наоборот, эта идея будет связываться с другими, например, что СПИД — это грязная болезнь, что это наказание злоумышленникам. Это убеждение может корениться в общности и передаваться из поколения в поколение посредством коллективной памяти, коммуникации, языка. Сильные убеждения, несмотря на противоречия, остаются неизменными и могут быть заменены только на другие убеждения. Для их отрицания нужно использовать сильный образ, который получит поддержку [Markova, 2003]. Убеждения различа-

ются по длительности, силе, степени вовлеченности, поэтому некоторые из них легче изменить, чем другие.

Различить представления в зависимости от этих источников можно с большой степенью условности, так как все представления основываются на них обоих. Однако по преобладанию того или иного источника получается, что если индивиды и группы ищут истину в отношении объекта, то возникающие представления основаны на знаниях. Если же представления возникают и поддерживаются через консенсус с другими, то они основаны на убеждениях [Ibid]. Остановимся кратко на том, как соотносится понятие «социальные представления», используемое С. Московиси, с понятием «коллективные представления», предложенным Э. Дюркгеймом, и выясним, почему Московиси отдает предпочтение социальным, а не коллективным представлениям.

Э. Дюркгейм предложил различать индивидуальные и коллективные представления, но не дал интегративного определения, которое позволило бы обобщать эти понятия [Дюркгейм, 1995]. Индивидуальные представления для него не связаны со знаниями, но, скорее, с физиологическими явлениями, они должны быть предметом анализа индивидуальной психологии. Как подчеркивает Дюркгейм, если бы люди обладали только этими представлениями, то они были бы подобны животным [Там же]. Коллективные же представления — образы, убеждения, символы, понятия — появляются непосредственно из социальных структур и являются основой социологии знания. Определив место индивидуального и коллективного как предметов изучения, Дюркгейм не решил проблему отношений между индивидуальными или коллективными представлениями<sup>1</sup>.

«Очевидно, — пишет С. Московиси, — что понятие социальных представлений пришло к нам от Дюркгейма. Но мы имеем отличающуюся точку зрения на это, или, в любом случае, социальная психология должна рассматривать это под другим углом, чем это делается в социологии» [Moscovici, 2000. P. 30]. Если Дюркгейм рассматривает представления как неразложимые далее объясняющие принципы, то Московиси предлагает рассматривать социальные представления с точки зрения их структуры и динамики. В этой связи он предлагает «считать феноменом то, что ранее рассматривалось как понятие» [Ibid]. В дюркгеймовском понимании коллективные представления включали достаточно широкий круг интеллектуальных форм, будь то наука, религия, миф, модальности пространства и времени. Сами эти явления слишком гетерогенны и не могут быть определены с помощью нескольких общих харак-

---

<sup>1</sup> Это разделение, по мнению Р. Фарра, «спровоцировало кризис идентичности у социальных психологов, который они не были способны разрешить в течение всего XX века» [Farr, 2001. С. 736].

теристик. Московиси предлагает понимать под социальными представлениями специфический способ понимания и коммуникации, «который создает реальность и здравый смысл» [Moscovici, 2000. Р. 33]. Они, в отличие от статических коллективных представлений, соответствующих традиционному обществу, являются динамическими образованиями, появляющимися и функционирующими в современном обществе.

Таким образом, разница между тем, что подразумевал под коллективными представлениями Э. Дюркгейм, и тем, что подразумевает под социальными представлениями С. Московиси, просматривается через изменение общества, где возникают представления социального контекста, в котором они порождаются, что и обуславливает переход от коллективных представлений к представлениям социальным [Jovchelovitch, 2001]. Само общество изменилось, и едва ли в нем сохранилось что-то, что напоминает о традиционном обществе, описанном Дюркгеймом. Если коллективные представления имеют статус социального факта в жестком смысле (даже несмотря на то, что они выработаны социальными субъектами, они обладают характеристиками внешними по отношению к действию человека, они обуславливают то, что все индивиды, где действуют эти представления, думают в тех категориях, которые им навязывают представления), то социальные представления, вырабатываемые в современном обществе, характеризуются рефлексивностью. Ничего более не может быть «естественно принятым», все подвергается сомнению. Сегодняшние представления не являются разделенными в той же мере, как и в эпоху традиционного общества, о котором говорит Дюркгейм, а значит, они больше не выполняют функцию социальной интеграции, воспроизведения и не гарантируют солидарности тем, кто их разделяет, как в случае коллективных представлений. Если в традиционном обществе церковь и государство, Папа и король определяют легитимность знаний и убеждений, то в современном обществе существует иная, децентрализованная, форма легитимизации знаний [Markova, 2003]. Соотношение между социальными и коллективными представлениями может быть представлено так: социальные представления иногда включают в себе коллективные представления, иногда — отрицают их, но чаще всего они сами происходят от коллективных представлений. Тем не менее они не могут непосредственно быть приравненными к ним, ибо новые социальные сферы производят новый тип социального знания, каковым и являются социальные представления [Jovchelovitch, 2001]. Другими словами, различие между коллективными и социальными представлениями прослеживается в связи с трансформированной социальной сферой. Мы конструируем знание в отношении той реальности, которая существует для нас в настоящее время, отсюда вовсе не обязательно, что то же самое будет реальным для лю-

дей в другие эпохи. В традиционном обществе, где господствуют коллективные представления, присутствует сильное сопротивление новому, традиция противостоит инновации. В современном обществе, где имеются социальные представления, традиция и сопротивление ей уживаются вместе.

В теории предлагается выделять такие типы представлений: 1) *руководящие* (главные) — разделяемые всеми членами группы, они единообразны и принудительны; 2) *эмансипированные* (освобожденные) — продукт циркулирующих знаний и идей, принадлежащих подгруппам, пребывающим в более или менее тесном контакте, причем каждая подгруппа вырабатывает свое собственное представление; 3) *полемические* — выработанные в ситуации социального конфликта или полемики, которые не разделяются всеми членами общества. Эти представления определяются антагонистическими отношениями между членами общества. До настоящего момента остается открытым вопрос: это три различных типа представлений или же это три этапа в развитии представления? Так или иначе, очевидно, что каждый из этих типов представления предполагает различную степень свободы для индивида в плане конструирования собственных индивидуальных представлений [Breakwell, 2001].

В то же время представления могут рассматриваться двояко. С одной стороны, это продукты социального мышления, то, что образует убеждения, знания о феноменах, важных для той или иной группы. Другими словами, предназначение социальных представлений как структуры заключается в обеспечении группы разделенными значениями для коммуникации.

С другой стороны, представления суть процессы, посредством которых мы и конструируем реальность. Как социально-психологические механизмы они задают то, как мы думаем и говорим о событиях и объектах, определяют то, как мы взаимодействуем с ними. Представление — это не отражение объекта, но процесс его реконструкции и создания. Оно включает реконструкцию социально (культурально, исторически) разделенного знания и его создание и инновации в индивидуальной активности. Такая двойственность представлений (как продукта и как процесса) обеспечивает им *вездесущность* в нашей повседневной жизни, а кроме того, и статус образующих элементов социального мира.

Как процесс социальное представление не ограничивается канонами логического дискурса или процедурами эмпирической верификации. Здесь необходимо говорить об *анкеровке* и *объектификации*. Под *анкерровкой* подразумевается процесс, посредством которого странный и незнакомый объект представлений пересоздается в наши существующие уже ментальные системы, обычные категории. Таким образом осуществляется классификация или категоризация интересующего нас объек-

та, а затем он получает соответствующее имя, ибо, не будучи категоризованным и названным, объект остается пугающим. В процессе называния происходит освобождение объекта от «беспокоящей анонимности» [Moliner, 2001], теперь он наделяется определенным происхождением и включается в комплекс специфических слов, помещается в идентификационную матрицу нашей культуры. Этот процесс способствует выработке общих понятий, общего языка и *точек отсчета* [Orfali, 2002]. То, как осуществляется анкеровка, сходно с действием памяти: новый объект интегрируется в систему ценностей индивида, происходит сравнение новой информации с той, которая уже есть. Это не может быть осуществлено без опоры на индивидуальную или коллективную память. За счет обращения к памяти, истории, прошлому новое представление получает фрагмент этого прошлого. Отсюда связь с уже господствующими представлениями, которые, в свою очередь, приобретают новую жизнь посредством анкеровки. Выбор этой точки анкеровки не является случайным, это некий выбор, который способствовал бы выработке определенного дискурса в отношении объекта представления [Moliner, 2001]. Выбор точки анкеровки означает также выбор той или иной парадигмы, хранящейся в нашей памяти, определяющей валентность нашего отношения к представляемому объекту. Незнакомое может быть связанным с исторически знакомым эпизодом или с каким-то известным эпизодом, связанным с культурой. Этот процесс определяется нормами группы, вырабатывающей представления.

Под *объектификацией* подразумевают процесс, посредством которого происходит превращение абстрактного и неоощаемого в нечто конкретное и материальное. Это превращение есть переход с уровня идей на уровень существования в физическом мире, благодаря которому абстрактный объект превращается в часть нашей социальной реальности и становится оощаемым. В таком виде объект становится доступным для коммуникации, он как бы приобретает плотность значений, которая допускает «натуральную» фиксацию объекта в умах людей. Это посредством объектификации возникает комплекс образов, который визуализирует комплекс идей — фигуративное ядро. Процесс объектификации значительно пересекается с процессом символизации. Ведь благодаря символам люди чувствуют, что сложные вещи становятся им понятными даже при беглом взгляде на них, так как символы представляют в простой и доступной форме нечто сложное и комплексное [Joffe, 1999]. Этот процесс может реализовываться в двух формах: *схематизации* (или фигурации) и *персонификации*. Первую форму можно проиллюстрировать на примере СПИДа, когда он трансформируется в метафорические образы больных, имеющих видимую стигму болезни. Вторая форма объектификации имеет место тогда, когда СПИД ассоциируется

с теми или иными конкретными людьми, будь то Фредди Мэркури — английский певец, умерший от СПИДа, или Люк Монтаньер, французский ученый, открывший вирус иммунодефицита. Кроме того, в теории социальных представлений говорится о другом аспекте этого процесса — онтологизации, или натурализации, когда некоторый понятийный конструкт обретает физические черты, представляется как феномен, имеющий физическую составляющую, становится осязаемым (представление СПИДа как вируса). Это своего рода форматирование знаний [Moliner, 2001]. В результате образы становятся элементами реальности, а не мысли. Окружающий нас мир, по сути, образован такими образами [Moscovici, 1984]. Посредством этих двух процессов нечто странное и угрожающее становится знакомым, понятным, обретает свою реальность среди других известных и знакомых объектов, которые можно видеть, трогать, контролировать.

Рассмотрение социального представления как процесса указывает на разделение между консенсусным миром социальных представлений и миром научного дискурса (где учитываются законы логики, а его результаты открыты эмпирической проверке). Это разделение указывает на разницу между категорией обыденного понимания и научного. Будучи формой «наивного», «натурального» знания, в противоположность знанию *научному*, социальные представления базируются на нашем опыте, на различной информации, знаниях, а также способах мышления, передаваемых как посредством традиции, образования, так и социальной коммуникации. Это знание «социально выработано и разделено» [Jodelet, 1984. С. 360].

Представления всегда имеют свой *объект*, это всегда представления о чем-то [Moscovici, 1976], однако не любой объект может стать *объектом* представления. Теория сфокусирована на изучении феноменов, которые находятся в центре нашей социальной жизни, повседневной реальности индивидов, групп, обществ, будь то политическая жизнь, экономическая, что-то связанное со здоровьем. Это меняющиеся феномены нашей жизни. Потенциальные объекты представлений должны обладать такими необходимыми характеристиками: с одной стороны, «социокогнитивной выпуклостью» в данной культуре в какой-то определенный момент, с другой — интересующая нас группа должна иметь какой-либо опыт *действия* в отношении потенциального объекта представления [Flament, Rouquette, 2003].

I. Первая характеристика объекта представления — его **социокогнитивная выпуклость**. Предполагается, что потенциальный объект представления, с одной стороны, должен являться некоторой абстракцией, общим понятием, включающим серию конкретных случаев (так, мы не можем говорить о представлениях о зубной пасте, но о представлениях о гигиене). С другой — потенциальный объект должен быть пред-

ставлен в коммуникациях. Объектом представлений могут быть либо *новые* явления, события, индивиды или группы индивидов, либо «старые» явления, события, индивиды и группы индивидов, социальная значимость которых повысилась в настоящий момент. Все эти феномены оказываются в фокусе внимания, в центре обсуждений, о них думают и говорят. Таким образом, объект оказывается *выпуклым*, ибо его появление зачастую может нарушать привычный ход повседневной практики, может быть угрожающим и опасным для жизнедеятельности группы. Это столкновение с препятствием неизбежно поражает коммуникацию, направленную на поиск разрешения возникшей проблемы. Люди говорят о некотором объекте, явлении до тех пор, пока он является странным и пугающим.

Сама коммуникация может происходить на различных уровнях [Moliner, 2001].

**1. На межличностном уровне** — среди людей, обладающих высокой социальной близостью, например среди членов семьи, соседей, друзей, коллег. Это неформальная коммуникация, происходящая в реальном времени, она характеризуется теми особенностями, которые присущи межличностному общению. Это достаточно важный уровень, предполагающий большую вовлеченность индивидов. Например, здесь порождаются слухи (столь важные для формирования представлений). Этот тип коммуникации имплицитно предполагает консенсус, ибо собеседники намерены поддерживать сложившиеся социальные контакты [Ibid]. Именно в процессе этой коммуникации происходит социальная валидизация выводов, категоризаций, атрибуций, которые мы делаем.

**2. На уровне публичных дебатов** — когда имеет место межличностная коммуникация, однако иного типа, ибо она осуществляется в присутствии других, которые не принимают непосредственного участия в обсуждении той или иной проблемы. Важным отличием этого типа коммуникации от первого типа является отсутствие необходимости достигать консенсуса, наоборот, каждый участник стремится высказывать свое мнение, прояснять и аргументировать свою позицию. Отсюда очевидно, что на этом уровне коммуникации имеет место столкновение мнений, полярность взглядов, определение своих позиций.

**3. На уровне СМИ** — это массовая коммуникация, в которую оказываются вовлечены большие социальные группы [Богомолова, 1991]. Здесь возникает феномен «снежного кома», его суть в том, что чем больше мы говорим о чем-либо, тем более важным оно становится, а следовательно, мы больше об этом говорим. Индивиды сталкиваются здесь с большим количеством разнообразной, противоречивой информации, причем она не принимается полностью как истинная, но и не рассматривается как ложная. Отношения между коммуникатором и реципиен-

том могут быть различными. В исследовании по представлениям о психоанализе С. Московиси предложил различать несколько систем коммуникации в зависимости от источника, цели и логики сообщения [Moscovici, 1961]: *распространение, воспроизведение, пропаганда*<sup>1</sup>. Каждая система обладает своими правилами, особенностями на уровне языка.

Основная цель *распространения* заключается в передаче информации как можно шире. Отсюда и соответствующий стиль, который может быть описан как конкретный, привлекательный, производящий впечатление. Короткие предложения, неожиданные образы, чтобы привлечь внимание читателей, заинтересовать их. С точки зрения П. Молинера, эта система коммуникации соотносится с процессом объективации [Moliner, 2001]. Целью *воспроизведения* является информирование групп, имеющих сходные взгляды, о некотором явлении. В процессе коммуникации используются указания на нормы, разделенные в данной группе. Эту систему коммуникации можно соотнести с анкеровкой, ибо используются общие для группы точки отсчета. Целью *пропаганды* является не только усиление идентичности и сплоченности идеологической группы, но и представление социального окружения таким образом, чтобы оправдать то или иное поведение. Эта система коммуникации опирается на использование прилагательных и специфических фраз, например «американская псевдонаука», «буржуазная псевдонаука» в случае психоанализа. В результате того, что понятие «психоанализ» многократно ассоциировалось с негативно нагруженными характеристиками, оно «впитало» эту негативную нагрузку. Последующее упоминание психоанализа указывало на нечто негативное и без дополнительных понятий. Здесь акцент ставится не на образах, а преимущественно на идеологических и понятийных эффектах. Эта система коммуникации воздействует на процессы, направленные на защиту идентичности. Каждая из систем способствует выработке определенных представлений об обсуждаемом объекте.

**4. На уровне культурной коммуникации** — речь идет, например, о литературной, театральной, кинематографической продукции. Например, коммуникация на этом уровне оказала влияние на трансформацию представления о больных СПИДом / ВИЧ-позитивных в 1990-е годы в западных странах [Lupton, 1999]. В настоящее время коммуникация на этом уровне оказывает важное влияние на представление о здоровом образе жизни.

Среди этих четырех уровней коммуникации можно различать непосредственный и опосредованный типы коммуникации. В первом случае речь идет о непосредственном разговоре, беседе лицом к лицу, где предполагается большая активность и вовлеченность самого индивида. Во втором — о коммуникации, опосредованной различными средства-

---

<sup>1</sup> От английского «diffusion», «propagation» и «propaganda» соответственно.

ми. Один и тот же индивид может оказаться вовлеченным в коммуникации, происходящие на различных уровнях.

II. Вторая характеристика объекта представления — *опыт взаимодействия* группы с потенциальным объектом. Он может быть рассмотрен под различными углами зрения: 1) наличие или отсутствие какой-либо деятельности; 2) длительный или короткий срок деятельности; 3) тот или иной стиль исполнения деятельности; 4) наличие или отсутствие размышлений, рефлексии в отношении исполнения деятельности.

В начале 1990-х годов теория социальных представлений получила свое дальнейшее развитие благодаря тому, что было введено новое для этой теории понятие — темата [Moscovici, 1993; Moscovici, Vignaux, 1994]. Под тематой подразумевается первоидея, «источник идей», который порождает новые аксиомы в эволюции наших представлений о мире. Темата — это часть знаний или убеждений, разделенных людьми. Эта часть знаний и убеждений, которые присутствуют в коммуникации явно или неявно (эксплицитно или имплицитно) и которые принимаются людьми как само собой разумеющееся. Темата в той или иной степени глубоко коренится в культуре [Moscovici, 2001].

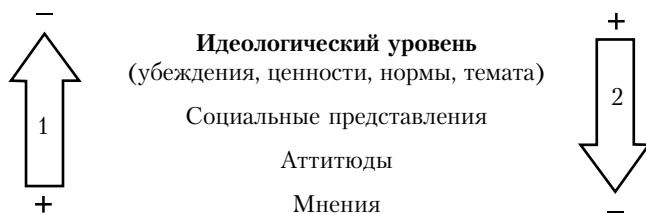
Представления, будучи комплексными образованиями, вписаны в рамку предшествующих идей, они всегда коренятся в ценностях, традициях. По сути, введение этого понятия дает возможность рассматривать роль коллективной памяти и языка в процессе формирования представлений, ибо сама темата поддерживается коллективной памятью и языком. Благодаря темате обеспечивается родовое сходство между различными представлениями. Обладая генеративной и нормативной силой в формировании представления, она обеспечивает соответствие между новой информацией и той, что уже существует. Одна темата может быть связана с другой, и обе они участвуют в возникновении нового представления. Возможно и такое, как было показано в исследовании представлений о демократии в Восточной Европе, что две несвязанные тематы — демократия и рыночная экономика — привели к двум ядерным понятиям, ответственность и права, в появляющемся представлении о гражданстве [Markova, 2003].

Для прояснения места тематы в социальном мышлении воспользуемся схемой, предлагаемой К. Фламаном и М.-Л. Рукетом [Flament, Rouquette, 2003] (рис.3). Два параметра, позволяющих структурировать социальное мышление таким образом, обозначают — интра- и интериндивидуальное варьирование (1), с одной стороны, и уровень интеграции позиции (2) — с другой.

Темата оказывается среди других конструкторов идеологического уровня. Это положение указывает на то, что темата наряду с ценностями и нормами, например, обладает высоким уровнем интеграции, а также низким уровнем интра- и интериндивидуального варьирования. В то время

как представления могут варьировать от группы к группе, конструкты идеологического уровня являются общими для многих групп.

Конструкты более низкого уровня могут изменяться, оставляя неизменными конструкты более высокого уровня, в то время как изменения конструктов более высокого уровня влекут за собой изменения конструктов всех уровней, расположенных ниже.



**Рис 3.** Структура социального мышления [Flament, Rouquette, 2003]

Само понятие тематы восходит к работам Дж. Холтона [Holton, 1978], предпринявшего анализ истории развития науки. С его точки зрения, направление научной мысли определяется в первую очередь небольшим количеством антиномий мысли, которые называются темата (это множественное число от тема). Темата — это идеи, существующие до этого, которые представляют собой диады или триады: атомичность / континуум, простота / сложность, анализ / синтез, постоянность / эволюция / катастрофическое изменение. Антиномии помогают объяснять образование различных традиций, научных школ, полемики. Тематический анализ, выполненный Холтоном, позволяет говорить о диалектике науки, которая ищет консенсус между «двумя тематами в противоположных способах действия» [Markova, 2003]. Такие противоположные пары, как «эволюция» — «регресс», «стабильность» — «изменение», «простота» — «сложность», направляют научное мышление. Влияние тематы может быть достаточно длительным, как в случае «атомизма» — «непрерывности» (это влияние на научное мышление исчисляется тысячелетиями). В истории физики, с точки зрения Холтона, можно выделить не более 100 темат [Holton, 1978]. Проводя аналогию с научным мышлением, С. Московиси указывает на то, что темата лежит в основе здравого смысла, в основе порождения социального представления. Среди антиномий здравого смысла: «мы» — «они», «человек» — «не-человек», «страх» — «надежда». Однако не все антиномии мышления являются тематами, некоторые из них могут быть «спящими», т.е. они могут передаваться из поколения в поколение, становясь частью культуры, однако при этом не рефлексироваться [Markova, 2003]. Антиномии могут превратиться в темату в том случае, если они оказываются в фокусе общественного внимания и в результате попадают в публичный дискурс. Примером такой ситуации могут быть социальные, политиче-

ские, экономические изменения. Возникшая темата способствует формированию представлений о том или ином объекте [Ibid].

Есть одна темата, которая представляет большой интерес для наших исследований: «мораль» — «аморальность». Она присутствует в истории в связи с различными болезнями (один из ярких примеров — заболевание сифилисом). В настоящее время эта темата способствовала порождению представления о СПИДе. Болезнь ассоциировалась с гееми, аморальностью. Анализ СМИ на первых этапах эпидемии позволяет говорить о том, что дискуссии о болезни выстраивались вокруг тематы «мораль» — «аморальность». Активные действия меньшинств привели к тому, что темата была изменена, соответственно в СМИ перестала использоваться оппозиции «мораль» — «аморальность», однако есть основания предполагать, что она не исчезла полностью.

Рассмотрев основные положения теории, остановимся кратко на различных подходах, в рамках которых теория получила свое преимущественное развитие. В литературе по социальным представлениям предлагается различать три подхода [Apostolidis, 2003; Philogène, 2001, и др.]: 1) подход В. Дуаза, суть которого сводится к изучению влияния социальной структуры на выработку социального представления (*Женевская школа*); 2) подход Д. Жоделе, направленный на изучение регулятивной роли представлений в отношении социального взаимодействия (*Парижская школа*); 3) структурный подход Ж.-К. Абрика, позволяющий анализировать структуру представлений и изучать их динамику (*школа Экс-ан-Прованса*).

Стоит оговориться, что многочисленные исследования социальных представлений выходят за рамки этих подходов (например, серии работ В. Вагнера, И. Марковой выделены Т. П. Емельяновой в отдельные направления наряду с подходами В. Дуаза и Ж.-К. Абрика) [Емельянова, 2006]. Существует отечественный взгляд на социальные представления, согласно которому под представлениями предлагается понимать одну из операций социального мышления личности, наряду с проблематизацией, интерпретацией и категоризацией [Абульханова, 1997]. Сама личность, с точки зрения К. А. Абульхановой, определяет социальные представления, которые, в свою очередь, участвуют в становлении личности. Немало работ по исследованию представлений выполнено английскими исследователями, также развивающими идеи теории социальных представлений в отличающемся ракурсе (речь идет об идее М. Бауэра и Г. Гаскелла в отношении «представленческих проектов», где предполагается, что группы вырабатывают различные «представленческие проекты» в отношении одного и того же объекта, со временем эти проекты изменяются под влиянием друг друга) [Bauer, Gaskell, 1999]. Эта идея позволяет одновременно уделять внимание и процессу представления, и самому содержанию представлений. Наряду с этим актив-

но разрабатываются проблемы социальных представлений в Германии под руководством У. Флика [Flick, 2000].

Однако мы воспользуемся уже устоявшейся точкой зрения на подходы к изучению социальных представлений, которую мы и обозначили выше. Очень верно было подмечено Р. Зайонцом, что «хорошие идеи — богатые идеи» [Zajonc, 1989]. Действительно, за 45 лет, прошедшие со времени публикации С. Московиси работы «Психоанализ: его образ и публика», теория получила свое дальнейшее развитие, причем исследователи всего мира внесли свой вклад как в проверку положений, так и в разработку методологии исследования представлений. По-прежнему остается ряд идей, высказанных С. Московиси в этой первой работе по социальным представлениям, которые еще ждут своего последующего эмпирического уточнения и развития.

Многообразие исследовательских приемов анализа представлений демонстрирует связь различных уровней объяснения социально-психологического феномена, которые, в свою очередь, апеллируют к соответствующим процессам: индивидуальному, интериндивидуальному, интергрупповому, социетальному. Каждый из этих процессов вносит свой вклад как в выработку представлений, так и в их функции, а также в конструирование социальной реальности. Остановимся здесь кратко на каждом из трех подходов к исследованию представлений.

*Подход, предложенный В. Дуазом (Женевская школа)*, получил название динамического. В нем фокусируется внимание на изучении влияния социальной структуры на выработку представления, при этом большое внимание уделяется процессу анкеровки. Апеллируя к работам С. Московиси, В. Дуаз подчеркивает, что теория социальных представлений сформулирована вокруг понятий системы и метасистемы. Эта теория является «общей теорией о том, как метасистема социального регулирования вмешивается в систему когнитивного функционирования» [цит. по: Clémence, 2001. С. 85]. Нормативное измерение метасистемы связано с историей общества, отсюда связь представлений с коллективной памятью. В основе функционирования когнитивной системы лежат процессы категоризации объектов, а нормативную регуляцию этого функционирования осуществляет метасистема. Изучение социальных представлений тогда подразумевает ответ на вопрос о том, «какая социальная регуляция затрагивает какую когнитивную функцию и в каком контексте» [Ibid. Р. 85]. Это регулирование осуществляется посредством двух социокогнитивных процессов: *объектификации и анкеровки*. Под первым он предлагает понимать трансформацию абстрактного в конкретное посредством коммуникации, в результате чего возникают «фигуративные, метафорические или символические значения, которые становятся разделенными, но не консенсусными точками отсчета в процессе обсуждения специфических вопросов» [Clémence, 2001]. Социальное представление на этом этапе представляет собой словарь значе-

ний, возникающих в результате превращения абстрактного в конкретное. Будучи разделенным знанием, его содержание организовано вокруг связей между элементами. В данном подходе считается, что социальные представления образованы различными, даже противоречащими значениями. Разделенное знание в данном подходе — это «система вариаций». Трансформация информации зависит от группы, которая имеет дело с этой информацией. Говоря словами В. Дуаза, «требования метасистемы могут изменяться в соответствии с социальными позициями в специфических системах отношений» [цит. по: Clémence, 2001. С. 86]. Социальная позиция подразумевает обладание некоторой общей базой, языком, разделенным между людьми. Овладение языком приравнивается в этом случае к изучению некоторых точек зрения, которые отражены в языке. Ведь, как отмечает В. Дуаз, «точки зрения — это социальные маркеры слов и образов, которые мы используем» [Ibid. P. 394]. Позиция, которую занимает индивид, связана и управляется более общими принципами мышления. Степень структурированности этих принципов определяется тем, насколько индивид вовлечен в коммуникации с другими индивидами. «Системы принятия позиций (мнение, аттитюд и стереотип) развиваются и структурируются в различных формах коммуникации (распространение, воспроизведение и пропаганда) и в социальных отношениях влияния (симметричное, большинство, меньшинство)» [Clémence, 2003. P. 396]. Посредством процесса анкеровки образы и значения оказываются заякоренными в имеющихся знаниях и убеждениях. Социальное позиционирование является результатом «захватывания» разделенного знания в различных группах. Группы различны не только в силу того, что не имеют доступа к одной и той же информации, но и в силу того, что они разделяют специфичные убеждения и опыт. Социальное позиционирование — это и выражение мнения, и способ обработки информации, оно позволяет привести в соответствие то, что мы думаем, с тем, что думает общество [Clémence, 2001].

Социальные представления определяются в данном случае как «организующие принципы принятия позиции, они связаны со специфическим включением в социальные отношения и организуют символические процессы, вторгающиеся в эти отношения» [Doise, Clémence, Lorenzi-Cioldi, 1992. С. 243]. Другими словами, социальные представления — это организующие принципы, стоящие над различиями в позициях, занимаемых индивидами. Систематические различия в позициях между индивидами объясняются тем, что эти позиции связываются с различными коллективными символическими реальностями, социально-психологическим опытом, разделенным в различной степени индивидами [Doise, 2001]. Дуаз отрицает консенсус как принцип, лежащий в основе представления (с точки зрения структурного подхода), и считает, что процессы объективизации и анкеровки противоположны. Цель одного — «создавать отчетливые реальности» [Doise, Clémence, Lorenzi-

Cioldi, 1992], вне зависимости от психологического и социального детерминизма; цель другого — включение этого детерминизма в генезис и трансформацию этих реальностей. По этой причине исследования социальных представлений не могут быть направлены на изучение всего лишь общих закономерностей, требуется также изучать их преобразования и изменения в зависимости от вплетения в систему символической регуляции. Проблема в изучении социальных представлений, с точки зрения Дуаза, заключается в том, чтобы сначала выявить мнения, установки и предубеждения индивидов, а затем реконструировать из них организующие принципы, общие для всех [Ibid]. Эти организующие принципы соответствуют тому или иному социально-историческому моменту.

Изучение социальных представлений являет собой поиск организующих принципов индивидуальных различий в поле представления. Оно может быть реализовано следующим образом: на первом этапе предполагается собрать информацию, циркулирующую в отношении объекта представления, на втором — выявить позиции, занимаемые разными участниками в обсуждении этой информации, наконец, на третьем — объяснить структуру и происхождение этих позиций.

*Подход, разрабатываемый Д. Жоделе (Парижская школа),* предлагает изучать влияние представлений на социальные взаимодействия [Jodelet, 1989]. Социальные представления здесь предлагается рассматривать как «форму социального мышления, чей генезис, свойства и функции должны быть приближены к процессам, которые влияют на социальную жизнь и социальную коммуникацию, к механизмам, сопутствующим определению идентичности и специфики социальных объектов (индивидов или групп), а также к энергии, которая питает отношения, поддерживаемые субъектами между собой» [Ibid. P. 49].

Представления циркулируют в дискурсе, находят свое выражение в словах и образах СМИ, в поведении, а также материальных и пространственных формах. Представления должны быть проанализированы одновременно как результат и как процесс ментальной активности. Эта форма знания конструируется в ходе социального взаимодействия и коммуникации и несет на себе отпечаток социальной позиции индивида.

В других работах Д. Жоделе [Jodelet, 1984, 1989] можно найти некоторые дополнения и уточнения к приведенному выше определению. Социальные представления — это такая форма знания, социально вырабатываемая и разделяемая. Вслед за С. Московиси Д. Жоделе подчеркивает, что эта форма знания, разработанная как здравый смысл или наивное, натуральное знание, отделена среди прочих от научного знания. Оно формируется на основе имеющегося у нас опыта, информации, знаний, а также способов мышления, которые мы усваиваем посредством традиции, образования и социальной коммуникации.

Изучение социальных представлений здесь предполагает выявление механизмов (психологических и социальных) формирования самих

представлений, а также их функционирования. Представления нужно изучать так, чтобы объединить аффективные, ментальные и социальные элементы, интегрировать познание, язык и коммуникацию, а также принять во внимание не только социальные отношения, которые оказывают влияние на представления, но и материальную, социальную и воображаемую реальность, на которую влияют эти представления. Как отмечает Жоделе, представление всегда коренится в другом, существующем до него, что и было ярко продемонстрировано в исследовании, посвященном изучению представлений о безумии [Jodelet, 1989]. Динамическая природа представления, заключающаяся в возможности его непрерывного изменения, коренится в его генезисе, в его связи с представлением, существующим до этого. Именно поэтому, для полноты понимания изучаемого представления, нам необходимо обратиться к тому, от которого оно произошло [Philogène, 2001].

Анализ социальных представлений в русле данного подхода подразумевает изучение их генезиса, их встроенности в культуру. Для этого исследователям требуется рассматривать реальный социальный контекст, а также стоять на позициях «междисциплинарной точки зрения» [Jodelet, 1989. Р. 49]. Это положение реализуется посредством использования качественных методов, заимствованных из культурной антропологии и этнографии. Комбинирование методов и данных открывает доступ к данным различных уровней изучаемого феномена, а также позволяет схватывать «естественное и спонтанное» проявление изучаемых феноменов [Jodelet, 2002].

*Подход, предложенный Ж.-К. Абриком (школа Экс-ан-Прованса),* предлагает изучать структуру представлений, что открывает путь к сравнению представлений об одном и том же объекте в различных группах, а также к анализу динамики представлений, обусловленных выполнением различающихся социальных практик. Этот подход получил название структурного подхода. Анализ многочисленных работ, выполненных в рамках трех указанных подходов, дает нам основания полагать, что в структурном подходе в наибольшей степени разработаны способы проверки предположений теории социальных представлений. Этот подход подвергается критике за близость к теориям социального познания и использование экспериментального метода для изучения представлений. Мы же считаем, что данный подход имеет свои преимущества по сравнению с другими именно благодаря четкости методологии исследования. С. Московиси отмечает вклад именно структурного подхода в развитие теории социальных представлений, а также подчеркивает, что введение нового понятия «тематы» отвечало, в частности, запросам этого подхода [Moscovici, 2001; Moscovici, Vignaux, 1994]. Наши собственные исследования выполнены в русле данного подхода, этим объясняется наш пристальный интерес к этой школе.

Социальное представление, как отмечает Абрик, может быть определено как «функциональное видение мира, которое позволяет индивидам или группам придавать значение их поведению, понимать реальность через собственную систему отношений, таким образом адаптироваться к ней и определять свое место в ней» [Abric, 2001. Р. 42–43]. Другими словами, социальное представление — это способ видения того или иного аспекта мира, которое трансформируется в суждение и в действие [Flament, Rouquette, 2003]. «Каждая реальность представляется, т.е. адаптируется индивидами и группами, реконструируется их когнитивной системой, интегрируется их системой ценностей, в зависимости от их истории, а также окружающего социального и идеологического контекста» [Abric, 2003. Р. 375].

Структура представления включает центральное ядро (или центральную систему) и периферическую систему. Ядро — это стабильная и устойчивая часть представления, связанная с коллективной памятью, с историей группы. Эта часть определяет структуру всего представления, а также придает ему значение. Именно в этом и заключаются его основные функции. Стабильность ядра представления — это результат процесса объективации. Ядро кристаллизуется в ценностной системе, разделенной членами группы, оно поддерживается за счет коллективной памяти.

Периферическая система представления конкретизирует значение ядра представления (абстрактный элемент ядра «выгода» конкретизируется в периферических элементах — «деньги»), это связующее звено между ядром и той конкретной ситуацией, в которой вырабатывается и действует представление. Периферическая система характеризуется вариативностью и изменчивостью [Abric, 2001]. Именно за счет этого свойства периферия позволяет представлению адаптироваться к изменяющемуся контексту. Это своего рода «защитная система» ядра представления, по сути — и всего представления, так как с изменением ядра изменяется и само представление. Данная часть представления опирается на индивидуальную память.

Понятие ядра представления дает ответ на вопрос о связи индивида с социальной реальностью. Важное методологическое следствие теории центрального ядра заключается в том, что выявление и анализ всего лишь содержания представления не являются достаточными для изучения представления. Исследователям требуется в первую очередь изучать центральное ядро представления, ибо идентичные содержания могут соответствовать различным представлениям и только анализ структуры позволяет сравнивать представления, дает ответ на вопрос об их сходстве или различии.

Любопытным в отношении ядра представления кажется замечание К. Фламана и М.-Л. Рукета, согласно которому ядро (или центральная система) образовано небольшим числом элементов, т.е. в «хорошо известных случаях» — менее шести элементов, а чаще всего — два [Flament,

Rouquette, 2002]. Хотя указанное число элементов все же не является единственно возможным [например: Sa, Oliveira, 2002], но нам кажется важной сама идея того, что число элементов ядра невелико по сравнению с элементами периферии, конкретизирующей ее.

Понятия ядра и периферии пришли из теории информации и кибернетики и были интегрированы представителями гуманитарных и социальных наук. Отсюда возможность проводить аналогии между структурным подходом к изучению представлений (теорией центрального ядра) и динамической моделью семиотической системы Ю. М. Лотмана [Лотман, 2004]. По Лотману, в структуре культуры можно различать ядро и периферию. Ядро — это относительно негибкое и моновалентное образование, пространство семиотических норм. Периферия — это пространство семиотических практик. Оно неясно и амбивалентно. Чем больше мы удаляемся от ядра, тем больше напряжение в культурной системе между нормами и периферическими жанрами, которые находятся в оппозиции к этим нормам. Через такое напряжение маргинальные формы искусства могут вступить в конфликт с главным направлением искусства. Через переговоры конфликт продвигается к центру и изменяет семиотическую сферу культуры. Это Лотман и обозначает как культурный динамизм [Там же].

Предпочтение структурного подхода для наших исследований объясняется тем, что в русле этого подхода сформулированы принципы и разработана методология для изучения процессов зарождения и изменения представлений, к тому же разработка понятия темати в теории социальных представлений отчасти явилась ответом на запросы структурного подхода.

Изменения в представлениях являются в той или иной степени результатом изменений в самой культуре. Можно сказать, что различие между культурами и обществами просматривается как раз в связи с тем, насколько представления проникли в институты, их убеждения, их отношения, поведение, чтобы конструировать реальность. Представления существуют столь долго, сколько группа верит в них. Отсюда изменение представлений обусловлено тем, что представление перестает быть способом объяснения реальности, перестает быть оправданием поведения в нашей обыденной жизни. Изменяющиеся интересы общества также могут способствовать выработке новых форм коммуникации, а это, в свою очередь, ведет к новым возможностям для циркуляции идей, что, в конечном счете, ведет к появлению новых представлений.

В «жизни» представления можно выделять ряд этапов: *зарождение*, *стабилизация* и *трансформация* [Moliner, 2001]. *Зарождение* представления соотносится с появлением нового объекта представления (например, возникновение новой смертельно опасной болезни, как в случае СПИДа) или с повышением социальной значимости уже известного (важность работы для индивидов, находящихся в ситуации безработи-

цы). Продолжительность процесса формирования варьирует в зависимости от того, насколько группе доступна необходимая информация, насколько сложна система коммуникации, каков сам объект представления. Как отмечал Ф. Бартлет, новое не приходит в культурный вакуум, но подвергается его влиянию в контексте уже существующих значений [Ibid], что придает специфику формирующимся социальным представлениям. На этапе *стабилизации* на уровне ядра представление превращается в знание консенсусное, оно выполняет свои функции, становится средством объяснения окружающего мира.

Изменение представления наступает тогда, когда оно уже не способно выполнять свои функции, когда отмечается сосуществование старых и новых форм знания. С точки зрения структурного подхода, процесс *трансформации* представлений означает, что происходит изменение ядра представлений, например элементы ядра перемещаются в периферическую систему, а элементы периферической системы — в ядро. Аналогично, Лотман называет смену элементов ядра и периферии одним из «механизмов структурной динамики» [Лотман, 2004. С. 553].

Изменения на уровне периферической системы указывают на столкновение с новой ситуацией. При обратимости этой новой ситуации изменения затрагивают только периферическую систему, при необратимости — изменения более глобальны и затрагивают ядро представления, в результате чего изменяется само представление.

В настоящее время разработана система эмпирических индикаторов различного уровня (контекстуальные, количественные и качественные), которая позволяет выявлять, на каком этапе «жизни» находится представление [Moliner, 2001]. *Контекстуальные индикаторы* касаются истории объекта и группы, вырабатывающей представления, а также интенсивности коммуникаций в отношении объекта представления. *Количественные индикаторы* отражают разнонаправленность дискурса или согласованность дискурса в отношении объекта представления, а также связанность или рядоположенность мнений. *Качественные индикаторы* отражают различные процессы в дискурсе, указывающие на тот или иной этап в жизни представлений.

На этапе *зарождения* представлению соответствуют следующие показатели: на *уровне контекста* мы имеем дело с новым объектом (СПИД) или уже известным, но который претерпел некоторую модификацию (психоанализ в настоящее время по сравнению с 1950-ми годами, когда С. Московиси предпринял исследование). Сама группа, вырабатывающая представления, или имеет небольшой опыт совместного пребывания, т.е. не разделяет одни и те же нормы в течение длительного периода, или претерпела некоторые изменения. Этот этап в «жизни» представления характеризуется интенсивной коллективной коммуникацией. На уровне *количественных индикаторов* этап зарождения представления характеризуется

разнонаправленностью дискурса, отсутствием связи между элементами представления. На уровне *качественных индикаторов* можно проследить, с одной стороны, использование аналогий в дискурсе о новом объекте, с другой — обсуждение нового или трансформированного объекта на различных уровнях, как это было в случае возникновения СПИДа: СПИД как болезнь (медицинский дискурс), СПИД как бич человечества, кара (социальный дискурс), СПИД как явление, затрагивающее отношения в парах (межличностные отношения) [Ibid].

На этапе *стабилизации* представления складывается следующая картина: *контекстуальные индикаторы* указывают на уже известный объект, группа имеет достаточный опыт совместного пребывания; *количественные* — на конвергенцию мнений, на существование консенсуса; *качественные индикаторы* указывают на существование процессов объяснительного дискурса.

На этапе *трансформации* представления *контекстуальные и количественные индикаторы* сходны с этапом зарождения представления, однако *качественные индикаторы* отличаются. Они указывают на процессы рационализации и отрицания (в отношении проблематичных элементов представления, противоречащих новым практикам), на выделение подкатегорий (это позволяет отделить то новое, что возникает в представлении, от старого в подкатеорию), на сосуществование старых и новых убеждений (в обсуждении сосуществуют старые и новые убеждения, причем это может сочетаться и в аргументации одного и того же индивида).

Хотя у нас существуют определенные сомнения в отношении этих систем индикаторов (в особенности это касается группы), однако в целом данная идея представляется очень полезной, ибо дает возможность ответить на вопрос о том, на каком этапе «жизни» находится интересное нас представление.

Если говорить о самих изменениях представлений, то можно различить три типа изменений. Первые два предполагают постепенное изменение, а последний — резкое [Abric, 1994]. В первом случае новые социальные практики совместимы с имеющимися представлениями, а периферическая система достаточно пластична, чтобы защитить ядро представления, т.е. есть возможности сопротивляться, адаптироваться к изменениям и таким образом защищать ядро. При таком изменении происходит сначала изменение элементов периферии (это изменение по «принципу экономии»).

Однако по мере развития этой ситуации возникает рассогласование между поведением и представлениями. Сначала рассогласования являются исключением, а потом становятся правилом. В итоге после фазы переходного периода, продолжительность которого может соответствовать жизни одного или нескольких поколений, происходит изменение представлений.

Второй вариант постепенного изменения представления таков: новые социальные практики затрагивают отдельные элементы ядра представления, происходит частичное изменение ядра, что, в конечном счете, также оборачивается изменением самого представления. Временной аспект изменения в данном случае короче, чем в предыдущем варианте, и может происходить на протяжении жизни одного поколения.

Наконец, в третьем случае имеет место резкое изменение представления, в этом случае новая ситуация такова, что у людей нет возможности опираться на прежние представления, так как новые социальные практики противоречат им. Такие резкие изменения представлений характеризуются отсутствием консенсуса в отношении элементов ядра, они занимают более короткий срок по сравнению с предыдущими случаями изменений — всего несколько лет, ибо представления всегда отстают от изменений, происходящих в обществе.

Итак, мы рассмотрели три основных подхода к исследованию социальных представлений. Отдавая предпочтение структурному подходу, сформулируем некоторые уточнения в отношении изучения динамики представлений. Изучая представление в определенный момент, мы имеем дело или с каким-то из этих этапов его «жизни», или с переходом от одного к другому. Вопрос, на который требуется найти ответ: исчезают ли социальные представления? Вероятно, что с исчезновением объекта или со снижением социальной важности самого объекта представления претерпевают определенные трансформации. Однако если учитывать положение о том, что одни представления базируются на других, а также в силу того, что представления связаны с коллективной памятью, можно предполагать, что они не исчезают бесследно и могут храниться в ней до тех пор, пока объект представления вновь не обретет свою социальную ценность.

В понятии социального представления имплицитно заложена идея динамики представлений, однако исследование этой динамики началось сравнительно недавно. В силу этого существует много предположений, вопросов, на которые требуется найти ответы. Это своего рода рассогласование между потенциалом теории и его эмпирическими исследованиями возможно объяснить следующим образом. Дело в том, что для фиксации изменений требуется знание о структуре представления. С. Московиси говорит о трех измерениях, структурирующих «универсум мнений»: информация, поле представления и установка, однако ничего не говорится о том, как соотносятся эти три измерения, как они соотносятся с другим понятием, присутствующим в теории, — фигуративным ядром [Moliner, 2001]. Развитие структурного подхода к исследованию представлений, где четко формулируется структура представлений и разрабатывается стратегия исследования, несомненно, внесло вклад в разрешение данной проблемы, и значимая часть исследований по изучению динамики представлений выполнена в русле данного подхода [Ibid].

Кроме проблемы теоретического порядка существует и другая серьезная методологическая проблема, суть ее сводится к тому, как изучать процессы динамики представлений. Вероятно, наилучшим способом анализа динамики представлений оказывается лонгитюдное исследование. На необходимость такого рода работ указывают разные исследователи [Duveen, Lloyd, 1990; Moliner, 2001], так как не все аспекты динамики представлений возможно проследить в лабораторных условиях. Однако, насколько нам известно, такие работы на настоящий момент отсутствуют, что отчасти можно аргументировать непредсказуемостью изменений, сложностью их интерпретаций, длительностью процесса изменений (как было показано в лабораторных условиях, стереотипы оказываются более подвижной структурой, чем представления) [Moliner, Vidal, 2003], наконец, тем, что порой происходящие изменения в обществе необязательно вступают в противоречие с прежними представлениями.

С нашей точки зрения, лонгитюдное исследование позволило бы проанализировать как естественную эволюцию представлений, о которой есть теоретические предположения, но практически нет эмпирических работ, так и собственно динамику представлений в условиях социальных изменений или специфику тех ситуаций, когда произошедшие изменения не влекут за собой модификации представлений. Любопытным видится исследование динамики представлений в естественных условиях, характеризующихся социальной нестабильностью, ибо такого рода работа позволила бы рассмотреть специфику динамики представлений в ситуации глобальных изменений, а не только изменения практики в стабильной ситуации.

Другой вариант изучения — экспериментальные исследования, позволяющие рассматривать факторы изменений, выявлять механизмы динамики представлений. Этот способ изучения позволяет получать более точное знание о механизмах динамики представлений, однако если принимать во внимание, что изменение представления — это длительный процесс (от нескольких лет до нескольких десятилетий), то становится очевидной некоторая ограниченность экспериментального метода и вопросы в отношении экологической валидности. Динамика представлений определяется действием различных факторов (например, под влиянием изменения социальной идентичности, идеологии, в связи с процессами социального влияния), однако главенствующая роль отводится фактору нового социального поведения.

Здоровье и болезнь — это привилегированные объекты изучения для теории социальных представлений [Herzlich, 1973], ибо болезнь — это не только набор физических симптомов, это событие, которое выходит за рамки тела человека, это несчастье, которое сильно изменяет социальные отношения индивида, угрожает его жизни, а может быть, и угро-

жает жизни всего общества. Обсуждение здоровья и болезни не ограничивается только биологическим уровнем, но выходит на социальный. Эта связь биологического и социального уровней характерна не только для настоящего уровня развития общества, она присутствовала еще в эпоху Средневековья. Болезнь практически всегда имеет среди причин хотя бы одну социальную, однако в каждом случае характер этих отношений имеет свою специфику.

Представления выполняют функцию ориентации поведения и социальных отношений их носителей. Применительно к здоровью и болезни можно говорить, что представления о здоровье и болезни ориентируют соответствующее поведение (будь то занятие спортом или употребление в пищу определенных продуктов, периодическое прохождение диспансеризации, принятие лекарств и пр.). С другой стороны, эти представления оправдывают то, как носители представлений строят свои отношения с другими людьми в контексте проблем здоровья и болезни. Представление о СПИДе как о наказании определенных групп людей за их поведение, привычки или стиль жизни заставляет думать некоторым образом о самих больных (они — плохие, нечестные, получают по заслугам) и строить в соответствии с этим свое отношение с ними (избегать, игнорировать). Более того, представления о здоровье и болезни динамичны, однако в литературе есть только указания на необходимость исследования данной области [Foster, 2003]. В отношении представления о СПИДе у нас есть возможность проследить возникновение нового представления, проанализировать его динамику.

### **3.2. Особенности представлений о здоровье и болезни**

В многочисленных работах было показано, что обыденные представления о здоровье и болезни основываются как на различных убеждениях, выработанных миром «экспертов», так и на убеждениях, специфичных для той или иной социальной группы или культуры, соответствующих определенному историческому моменту.

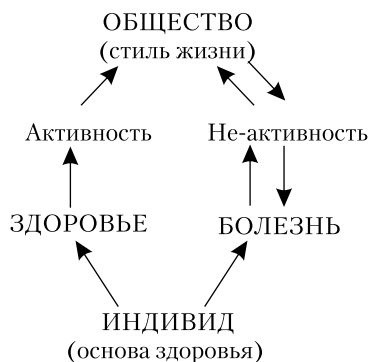
Остановимся здесь подробнее на результатах исследований, в которых затрагиваются различные аспекты представлений о здоровье и болезни, проследим их социокультурные особенности, а также закономерности их изменений. Существует ряд работ, которые являются своего рода стартовыми точками для любого исследования по социальным представлениям о здоровье и болезни. К таким работам, несомненно, относится исследование К. Эрзлиш [Herzlich, 1973]. Оно является также одним из первых, выполненных в русле теории социальных представлений. На основе 80 глубоких интервью, проведенных с взрослыми жителями, проживающими в разных районах Франции, К. Эрзлиш показала, что представления о здоровье и болезни структурируются вокруг ряда оппозиций: внутренний / внешний, здоровый / больной, естественное / неестественное, индивид / общество. Здоровье и болезнь представляются во взаимосвязи друг с

другом, а также через отношения индивид — общество. В представлениях респондентов болезнь и здоровье — это результат борьбы, противостояния между индивидом и обществом, где именно обществу отводится негативная роль в отношении индивида. Это два взаимосвязанных явления. Человек от природы обладает здоровьем, которое нарушается из-за проживания в городах, вносящих в жизнь человека стресс, шум, дающих пищу сомнительного качества, загрязненный воздух и воду. Влияние этих и других факторов аккумулируется и дает свои негативные результаты со временем. Возникновение психических расстройств, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний определяется стилем жизни человека, связанным с обществом, в котором он живет.

Болезнь категоризируется респондентами с точки зрения не анатомических и физиологических аспектов, но социальных. Она в первую очередь ассоциируется с не-активностью, а не с болью, другими ощущениями или симптомами. Именно не-активность, степень нарушения привычной деятельности человека, а не физические или анатомические признаки, становится основанием для классификации болезней. Болезнь видится как естественное проявление, без которого невозможно пред- ставить жизнь.

Здоровье, наоборот, ассоциируется с активностью (рис. 4). Активность — это потенциал для того, чтобы быть включенным в общество, работать, нарушение активности — это признак болезни. Активность является центральным элементом представления, вокруг которого кристаллизуются остальные понятия, связанные с переживанием здоровья. Активность и не-активность оказываются связующими элементами между индивидом и обществом.

Анализ данных позволил Эрзлиш говорить о различных типах обыденных понятий о здоровье и болезни. *Здоровье как вакуум* (определяется как простое отсутствие болезни, т.е. у самого здоровья не выделяется никаких собственных качеств или характеристик); *здоровье как резерв* (в этом случае представляется, что существует период — детство, когда человек накапливает резерв здоровья, используемый им в продолжении всей его жизни); *здоровье как эквilibриум* (здоровье переживается как состояние баланса). В других исследованиях [Pierret, 1993] были получены сходные результаты. Так, были выявлены четыре типа



**Рис. 4.** Здоровье и болезнь в представлениях респондентов в исследовании К. Эрзлиш (1973)

дискурсов о здоровье, два из которых совпадают с типами обыденных понятий о здоровье по Эрзлиш: «здоровье—болезнь» (здоровье означает отсутствие болезни — аналогия *здоровья как вакуума*), «здоровье как средство» (когда человек здоров, то у него есть все. Как биологическая характеристика этот тип дискурса является аналогией *здоровья как резерва*). Остальные два типа дискурсов — «здоровье как продукт» (это ценность, все от него зависит, все строится вокруг этой ценности), «здоровье как институция» (подразумевается политический и коллективный аспект здоровья, здесь здоровье дистанцировано от индивида).

*Болезнь как деструкция* (в данном случае болезнь разрушает личность человека, ибо депривирует его от социальных связей и контактов, делает его жизнь невозможной); *болезнь как освободитель* (в этом случае болезнь освобождает человека от ненужных обязанностей, от ненужной рутины и открывает возможности для саморазвития, дает свободное время; в отношении самого больного было бы удачно определение как мнимый больной); *болезнь как род занятий* (в данном случае болезнь не разрушает личности больного, как в первом случае, больной принимает определенные нормы, это так называемый «хороший больной», который желает вернуться к прежней, активной в социальном плане жизни). В представлении о болезни неизбежно возникает фигура больного (настоящего и мнимого, послушного и не очень). Очевидно, что за этими различными представлениями болезни стоят различающиеся прототипы болезней. Едва ли СПИД или рак могут быть представлены как «болезни-освободители»<sup>1</sup>.

Здоровье как некоторая данность не требует объяснения, оно не имеет причин и не ставит вопрос перед человеком. Болезнь — это событие, имеющее определенную причину, она требует объяснения (ибо она задает человеку определенные вопросы: «За что?», «Почему я?», «Что же делать?»).

Однако такими были представления о здоровье и болезни в 1960-е годы, в настоящее время ответ на вопрос о том, возможно ли представить мир без болезни, вероятно, окажется положительным, что связывается с прогрессом в области медицины [Herzlich, 2006]. С нашей точки зрения, это предположение нуждается в эмпирической проверке, ибо прогресс медицины сочетается с невозможностью найти вакцину против СПИДа, что, возможно, также отражается на представлениях о здоровье и болезни. Эмпирическое исследование, сопоставимое с тем, что было выполнено в

---

<sup>1</sup> Заметим, что в течение последних 30 лет в западных странах существует иной дискурс (это позиция меньшинства), согласно которому рак — это возможность для личностного роста в современном обществе, ибо у больного открывается возможность пересмотреть свои ценности и свой образ жизни. Аналогичные идеи встречаются и в отношении СПИДа как момента истины, проверки на прочность [Moulin, 2006]. Однако мы не станем здесь обсуждать этого *нового* видения болезней.

1960-х годах, позволило бы проследить динамику представлений о здоровье и болезни в историческом аспекте в одной и той же культуре.

В недавней работе К. Эрзлиш отмечает, что в современном обществе здоровье является несомненной ценностью, даже обязанностью людей «быть здоровыми». Как следует из дискурса респондентов, поведение, требующееся для поддержания здоровья, — обращение к врачу и соблюдение личной гигиены [Ibid]. Однако эти меры представляются эффективными с точки зрения французских респондентов. Насколько можно судить по результатам другого исследования, выполненного в четырех европейских странах (Англия, Германия, Испания, Франция) с использованием ассоциативных методик [Scheibler-Meissner, 2005], в представлении респондентов эти меры варьируют в зависимости от культуры. Так, для респондентов из Германии ключевым оказывалось, с одной стороны, прогулки на свежем воздухе, с другой — занятия йогой и медитацией; для респондентов из Англии — спорт и здоровое питание; респонденты из Испании подчеркивали, с одной стороны, важность ведения здорового образа жизни, с другой — отсутствие специальных мер по поддержанию здоровья. Как отмечает автор, полученные данные могут свидетельствовать о зарождении нового понимания здоровья (т.е. о формировании нового представления) в эпоху «кризиса здоровья» [Ibid].

В другой работе, выполненной на группе 9-летних итальянских школьников, И. Галли и Р. Фазанелли [Galli, Fasanelli, 1995] продемонстрировали, опираясь на данные различных методик (рисуночных, ассоциативных и шкальных), что центральными элементами представления о здоровье также является активность и движение, представления о болезни — неподвижность. Изображая здоровье, испытуемые чаще всего рисовали: 1) людей (часто в движении: прыгающих, бегающих); 2) солнце; 3) свежий воздух (что также связывается с движением, активностью). В меньшей степени здоровье изображалось в связи с пищей, болезнью (опять же изображался больной человек). По результатам ассоциативных методик здоровье связывается, с одной стороны, с благополучием, питанием, телом, счастьем, с другой — с болезнями и лекарствами. В рисунках детей болезнь чаще всего представляла как неактивное состояние субъекта (больной в постели), реже она изображалась через соответствующие социальные институты и социальные персонажи (больница, врач, медицинская сестра), а также способы лечения болезни (лекарства, шприц). Наиболее частыми ассоциациями со словом «болезнь» были: жар, кровать, лекарства, врач, язвы, больница, простуда, шприц и грусть. Болезнь оставляет свой след на теле больного в виде язв. Любопытно, что представление о болезни в большей степени гомогенно (несмотря на многообразие различных болезней), чем представление о здоровье. Аттitudы детей в отношении здоровья и болезни полярны: позитивны — случае здоровья и негативны — в случае болезни. Таким образом, активность — не-активность оказывается важной

оппозицией, вокруг которой формируются представления о здоровье и болезни, причем сходный результат был получен в различных группах (в зависимости от культуры и возраста).

Любопытные результаты в отношении особенностей социальных представлений о здоровье, связанных с различным социальным контекстом внутри одной и той же культуры, мы находим в работе У. Флика. Речь идет о сравнении представлений о здоровье в двух профессиональных группах (клерки и медицинские сестры в возрасте от 30 до 50 лет, имеющие сравнимое образование) в Восточном и Западном Берлине. До объединения Германии эти люди проживали в странах с различными политическими системами, соответственно с отличающимися системами здравоохранения [Flick, 2000]. С помощью глубинных интервью было выявлено, что центральным элементом, вокруг которого формируются представления о здоровье, — осознание здоровья. Его полюса: размышление по поводу здоровья — подавление размышлений на эту тему. Профессиональная группа (эксперты) — медицинские сестры — продемонстрировала более рефлексивную позицию по отношению к здоровью, чем клерки (не-эксперты). Испытуемые из Восточного Берлина в каждом случае имели менее рефлексивную позицию, чем их коллеги из Западного Берлина. Объяснение этому автор находит в особенностях социального контекста, в котором жили испытуемые до объединения. Система здравоохранения в Западной Германии основывалась на активности индивида с точки зрения поиска медицинской помощи, на его ответственности за собственное здоровье. В случае системы здравоохранения в Восточной Германии сами граждане в меньшей степени были вовлечены в заботу о собственном здоровье, это исходило от государства. Эта работа видится нам отправной точкой для последующего анализа динамики представлений о здоровье в историческом аспекте у представителей Восточной Германии, повторив это исследование через несколько лет.

Другое сравнительное исследование представлений о здоровье, проведенное среди женщин в Португалии и Германии с помощью глубинных интервью, также продемонстрировало, что осознание здоровья оказывается ключевым элементом представлений. Португальские женщины в меньшей степени озабочены проблемой здоровья (боятся болезней, стараются не думать о них), занимают более пассивную позицию по отношению к здоровью, чем немецкие женщины, представления которых основываются на коммуникациях и информации, разделяемой в семье, передаваемой из поколения в поколение. Говоря о здоровье, португальские испытуемые акцентируют роль психики в отношении здоровья человека, в то время как для немецких женщин здоровье — это быть здоровым в физическом и психологическом плане [Ibid]. Флик связывает разницу в представлениях с разницей в системе здравоохранения, что, в свою очередь, обусловлено различиями в политической системе.

В результатах исследования К. Насименто-Шульце с коллегами [Nascimento-Schulze, Fontes Garcia, Costa Arruda, 1995] можно усмотреть некоторую динамику социальных представлений о здоровье и болезни. Более того, респондентами в исследовании выступали эксперты в области проблем здоровья и болезни. Их видение данной проблемной области немаловажно с точки зрения выявления социокультурных особенностей представлений о здоровье и болезни. Так, на материале серий интервью, проведенных в пяти группах респондентов (врачи, психологи, студенты-медики, студенты-психологи, неквалифицированный персонал университета), было продемонстрировано, как смена биомедицинской модели на биопсихосоциальную отражается в представлениях респондентов. Представления психологов о здоровье образованы двумя кластерами: первый объединяет переменные психологического, социального и эмоционального порядка; второй кластер включает переменные, касающиеся окружающей среды и физиологических индексов здоровья. Этот факт указывает на близость представлений к старой модели здоровья. В группе студентов-психологов структура менее ясная, чем в случае психологов-профессионалов, тем не менее мы обнаруживаем существование следующих кластеров, образующих фигуративное ядро: с одной стороны, эмоциональная составляющая здоровья, с другой — два подкластера: самоудовлетворение и забота о себе и знание себя. В группе медиков — по аналогии с группой психологов-профессионалов — была выявлена четкая кластерная структура: эмоциональное противопоставлялось физическому. У студентов-медиков нет противопоставления эмоционального физическому, а само представление не имеет четкой структуры (как и в случае студентов-психологов). Многие элементы (как, например, быть довольным собой, эмоциональный баланс, гигиена и пр.) обладают равной важностью, что позволяет усматривать в этом большее сходство с новой парадигмой. В группе неквалифицированного персонала университета четкое представление о здоровье отсутствовало, главным моментом в представлении о здоровье было — «не курить». В отношении представлений о болезни для всех групп, за исключением группы технического персонала, где отсутствуют оформившиеся представления, важным элементом, вокруг которого структурируются представления о болезни, — это дисбаланс, нестабильность. Смена парадигм неизбежно сопровождается сменой представлений о здоровье и болезни. Кроме того, реальная профессиональная деятельность способствует построению четкой структуры представления (у психологов и врачей структуры более определенные, чем в случае студентов одноименных профессий).

Достаточно любопытна выполненная в социокультурном аспекте работа С. Жовчелович и М.К. Жерве по исследованию динамики представлений о здоровье и болезни на примере китайской общины в Англии

[Jovchelovitch, Gervais, 1999]. С опорой на качественные методы исследования (экспертные и глубинные интервью, фокус-группы) было выявлено, что центральными элементами представлений о здоровье и болезни являются понятия баланса и гармонии. Именно эти два понятия структурируют и придают значение противоположностям<sup>1</sup>. Этот принцип является организующим для здоровья не только в связи с телом, но и в связи с социальными отношениями, природой. Если здоровье — это правильное, адекватное распределение сил, их достаток, то болезнь — это дисбаланс сил, их недостаток. Тело человека получает и хранит жизненную энергию. Один из важнейших факторов поддержания баланса этой энергии — свежая пища, правильное ее приготовление, режим и ритуал приема пищи. Для всех испытуемых советы в отношении питания, объяснения того, как происходит ритуал принятия пищи, оказываются основной темой в связи с представлениями о здоровье и болезни. Убеждения в отношении здоровья передаются через язык и пищу. Ритуалы, наблюдение, язык (но не речь) служат для передачи знания в процессе социализации. Там, где говорят по-китайски и пища приготовлена в соответствии с китайскими традициями, передается традиционное знание о здоровье. Чем больше изолированы представители китайской общины от английского общества, тем больше древние традиции составляют основу для построения представлений о здоровье, в то же время в этих представлениях есть место и для западного биомедицинского знания. Интересно, что у самых старых представителей этой общины, в наименьшей степени подверженных аккультурации, в представлениях о здоровье и болезни бесконфликтно сосуществуют элементы традиционных убеждений и современного биомедицинского знания, что еще раз подтверждает действие принципа сосуществования противоположностей. Такое явление — традиция, а не признак аккультурации.

В случае молодых представителей китайской общины, рожденных в Англии, представления о здоровье и болезни — это не только убеждения о том, что есть болезнь и здоровье. Они играют еще одну важную роль, связанную с их идентичностью. Эти люди воспринимаются китайской общиной как полностью ассимилированные к западной культуре<sup>2</sup>, а белые англичане видят в них китайцев. В борьбе за свою идентичность выходцы из китайских семей, рожденные в Англии, используют представления о здоровье и болезни как источник поддержки своей идентичности, для усиления связей с китайской общиной, так как другие способы поддержки идентичности оказываются недоступными в одних контекстах. В других же контекстах они используют элементы

---

<sup>1</sup> В основе этого лежит принцип «инь» — «ян», который в случае здоровья и болезни оказывается рядом с оппозициями «горячий» — «холодный», «сухой» — «влажный».

<sup>2</sup> Эта категория людей не говорит на китайском языке.

биомедицинского знания, ибо традиционное знание рассматривается как предубеждение. Результаты данного исследования демонстрируют специфику представлений о здоровье и болезни, ибо эти представления выполняют важную роль, не связанную непосредственно со здоровьем и болезнью, но связанную с *этнической идентичностью*. Здесь также акцентируется внимание на том, как различия между западной и восточной культурами отражаются в представлениях о здоровье и болезни. В западной культуре подчеркивается индивидуальная ответственность человека за его здоровье, самоконтроль. В восточной культуре центральным конструктом является идея гармонии с окружающим миром.

Идея о личной ответственности человека за свое здоровье восходит к античной философии [Васильева, Филатов, 2004; Crawford, 1994]. Этот конструкт едва ли является ключевым в русской культуре. Однако на настоящий момент существуют лишь единичные работы, которые позволяют говорить о некоторых особенностях представлений о здоровье и болезни в русской культуре. Так, в недавней работе российских исследователей, в которой изучались представления о здоровье и здоровом человеке в различных профессиональных и половозрастных группах [Васильева, Филатов, 2004], с помощью ассоциативных и шкальных методик было выделено три фактора представления о здоровье. Первый — *адаптация, или приспособленность* (включающая понятия: норма / адекватность, сила / крепость, работоспособность, внешняя привлекательность, общительность / коммуникабельность и др.); второй — *внутренняя согласованность* (гармония, спокойствие, самообладание, уравновешенность и др.), третий — *самореализация* (активность / целеустремленность, возможности / реализация возможностей, развитие, свобода, творчество и др.). Авторы интерпретируют полученные факторы структуры представления как семантические конструкты, соответствующие «социокультурным эталонам здоровья» (античного, адаптационного и антропоцентрического). Под эталоном предлагается понимать сложный социокультурный феномен, который можно рассматривать, с одной стороны, как «относительно устойчивые формирующие матрицы, определяющие структуру нашего знания о здоровье и включающие набор контрастных характеристик» [Васильева, Филатов, 2005. С. 43], с другой — как «культурный остаток, который остается в массовом сознании и является непосредственным результатом использования конкретной концепции в реальной социальной практике» [Там же]. Полученные результаты любопытны в том плане, что предпринята попытка выявить социокультурную специфику представлений о здоровье, что активность здесь оказывается одним из элементов представления о здоровье, однако она не является центральной и является скорее синонимом целеустремленности, нежели активности в понимании К. Эрзлиш. С нашей точки зрения, одновременное изучение представлений о

здоровье и болезни является более информативным и целостным, чем исследование только представлений о здоровье, ибо эти системы взаимосвязаны.

Любопытно, что в качестве «образца» здоровья часто указывались социально успешные люди: В. Довгань, А. Пугачева, С. Кириенко, Ю. Лужков, т.е. те, кто достиг, добился определенного результата, положения в обществе, успеха. Этот факт, вероятно, перекликается с данными, полученными в ходе исследований ценностей с помощью методики С. Шварца [Белинская, 2005; Тихомандрицкая, 2000]. По результатам работ, выполненных в западной культуре (исследования проводились в различных странах), здоровье попадает в категорию ценностей безопасности наряду с национальной безопасностью, социальным порядком, семейной безопасностью и др., т.е. оно является чем-то основополагающим, необходимым условием. Согласно же ряду исследований, проведенных на российской выборке (исследования проводились в различных городах России, в разные годы, что может указывать на устойчивость полученных данных и на масштаб этой тенденции), здоровье оказывается в одной категории с ценностными достижениями, т.е. личным успехом, достигаемым благодаря компетентности в соответствии со стандартами общества (успех, влияние, интеллект, целеустремленность и др.) [Там же]. Таким образом, здоровье не является данностью, а требует приложения определенных усилий, выполнения какого-то поведения. Этот любопытный факт требует своего объяснения.

Результаты исследований, выполненных в различных группах, различающихся по фактору культуры, профессиональной принадлежности, а также по возрасту, позволили выявить особенности представлений о здоровье и болезни. Основной темой этих представлений являются отношения индивида и общества, однако в каждом случае имеются свои нюансы, связанные с культурой и социальными условиями.

До настоящего момента было анализировано то, как представляются здоровье и болезнь в различных культурах, и предпринималась попытка проследить особенности этих представлений. Теперь обратимся к работам, посвященным изучению представлений о конкретных болезнях и больных. Болезнь оказывается важным объектом исследования в русле теории социальных представлений, ибо этот феномен практически всегда присутствует в данных коммуникациях. С одной стороны, это объясняется возникновением новых неизвестных болезней, угрожающих в том или ином масштабе жизни человека или всего человечества в целом (например, будь то СПИД или атипичная пневмония). С другой стороны, даже уже известные болезни присутствуют в фокусе ежедневных коммуникаций, ибо они страшат, представляют собой угрозу здоровью, привычному ходу жизни.

В представлении о болезни, как и в представлении о здоровье, присутствует индивид. И этот факт достаточно ярко представлен во всех изложенных выше работах. Однако в случае представлений о болезни фигура этого индивида качественно отличается от персонажа, присутствующего в представлениях о здоровье. Если взаимодействие со здоровым человеком (похожим на нас) не представляет угрозы, то в случае взаимодействия с больным ситуация иная. Болезнь как бы объектифицируется в фигуре больного, в симптомах, которые можно *прочитать* на теле больного. Кроме того, больной — это потенциальный источник болезни. Чем страшнее болезнь, тем страшнее представляется сам больной и тем слабее желание взаимодействовать с ним. Таким образом, в представлении о болезни в той или иной мере присутствует тема взаимодействия общества с больным.

Одна из таких классических работ посвящена исследованию представлений о безумии<sup>1</sup> [Jodelet, 1989]. По аналогии с работой К. Эрзлиш это исследование является отправной точкой для изучения представлений о болезни. Эмпирическое исследование было реализовано в начале 1970-х годов, однако его результаты были опубликованы только в конце 1980-х. Д. Жоделе предлагает изучать социальные представления о безумии таким образом, чтобы «поместить» эти представления в контекст их возникновения и функционирования, а также обеспечить полный доступ ко всем феноменам, которые связаны с социальными представлениями [Ibid]. Наблюдение за тем, как функционируют представления в том контексте, в котором они возникли, становится возможным благодаря тому, что автор выбирает для своей работы уникальное место — так называемую семейную колонию, психиатрическую клинику открытого типа, созданную еще в 1900 году. Больные, будучи зависимыми административно и терапевтически от этого учреждения (за ними велось регулярное наблюдение со стороны медицинского персонала в лице медицинских сестер, посещающих их), пользовались некоторой свободой, пребывая среди жителей Эне-ле-Шато. Они проживали у местных жителей, которые кормили их и ухаживали за ними. Выбор такого места для изучения представления объясняется тем, что в ряде западных стран в это время происходила одна из самых серьезных и важных перемен в связи с медицинской помощью психически больным людям, начиная с XVII века: переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество. Для анализа представлений о безумии в таком социальном контексте Д. Жоделе разработала сложную в методологическом плане стратегию исследования,

---

<sup>1</sup> Рассматривая представления о безумии, Д. Жоделе стремится уяснить, как представляется «другость» (*altérité*), отличие, факт отличия от других, вскрыть фундаментальные аспекты отношения к отличию.

включающую ряд методов, а также операций, выстроенных определенным образом<sup>1</sup>.

В обыденном сознании психические заболевания представляются двояко. С одной стороны, это заболевания мозга, с другой — заболевания нервов. В первом случае болезнь связывается с задержками развития, сами больные — невинны. Во втором — с эмоциональными нарушениями, больные здесь оцениваются как отталкивающие, «противные» [Ibid]. С другой стороны, в обыденном представлении есть еще одно разделение больных на «хороших» и «плохих». «Хорошие», с точки зрения «хозяев», где проживают больные, — те, кто чистый, соблюдает дисциплину, принимает лекарство, не жалуется, не предъявляет никаких требований. Жители деревни определяют норму и отклонение от нее в соответствии с нормами и ценностями, выработанными в их группе. Больные все равно представляются как *иные, другие, отличающиеся*. И это важная составляющая представлений о безумии.

Соединение элементов этнологического подхода с социально-психологическим объяснением дает возможность получить неожиданные и важные результаты. Так, наблюдения за рядом ситуаций, связанных с принятием лекарств больными, с использованием больными воды, предназначенной для нужд местного населения, а также с уходом за вещами и объектами, находящимися в контакте с телом больных, дали те самые непредсказуемые и парадоксальные результаты. В противоположность тому, что говорилось официально и что утверждали респонденты в интервью о невозможности заразиться психическими заболеваниями, на деле оказалось, что поведение местных жителей как раз свидетельствует об обратном, о страхе заражения. Они разделяют верования в то, что психические болезни передаются посредством телесных флюидов и всего того, что находится в соприкосновении с телом больного. На уровне обыденных представлений существует страх, восходящий, очевидно, к средневековым представлениям о возможности заразиться от больных посредством телесных флюидов или визуального контакта. Отсюда контакт с телесными флюидами минимизируется за счет выработанных ритуалов поведения, вошедших в каждодневную практику, передающихся из поколения в поколение и не подвергающихся рефлексии, соответственно выходящих за рамки интервью в рамках исследования. Результаты наблюдения свидетельствуют о том, что контакт с одеждой больного

---

<sup>1</sup> Выстраивая комплексную стратегию исследования, Д. Жоделе учитывала критику, высказываемую в отношении методов исследования и их применения при изучении социальных представлений, например, то, что изначально созданные категории самого исследователя накладывают определенный отпечаток на респондентов, кроме того, оторванность дискурса от контекста, его породившего, и отсутствие связи с практикой. Наконец, ответы, содержащие социально желательную информацию или рационализацию в связи с занимаемой позицией.

минимизируется за счет раздельной стирки белья больного и собственного, практикуется также раздельное мытье посуды. Проживание психически больных вне специализированных медицинских учреждений, безусловно, пугает, и людям, оказавшимся рядом с ними, требуется любыми способами защитить собственную идентичность, установить дистанцию, дабы не быть ассимилированными с больными. Больные нигде «не смешиваются» со здоровыми: они принимают пищу в другое время, чем «хозяева», у которых они проживают, их пища — другая. Если они работают, то «вознаграждение» за их труд отличается от одного для здоровых. Даже на кладбище их могилы отделены от остальных и напоминают скорее унифицированные могилы на военных кладбищах. Жители испытывают страх в отношении сексуальных контактов с больными, те же женщины, которые вступили в брак с этими людьми, оказались исключенными из общины, они вынуждены покинуть этот город. Посредством такого брака изменяется статус больного, он становится членом общины, что несет угрозу ее членам. Эти результаты исследования Д. Жоделе показывают, как индивиды в современной ситуации, когда им доступны экспертные знания (так как «хозяева», у которых проживают больные, находятся в контакте с медицинским персоналом), полагаются на «старые» понятия, которые «официально» более не действуют, а также действуют в соответствии с убеждениями (принадлежащими той или иной культуре), которые *питают* представления индивидов.

В данном случае мы имеем дело с процессами символической защиты идентичности, основанными на апелляции к знаниям, хранящимся в коллективной памяти, на использовании старых ценностей, убеждений о социальных отношениях, включенных в современное мышление. Говоря словами С. Московиси, страх заражения психической болезнью — это пример канонической темы, устойчивого элемента коллективной памяти, который служит основой для выработки социальных представлений [Moscovici, 1993]. Этот отголосок средневековых верований был позже обнаружен и в представлениях о СПИДе [Jodelet, 1989; Paicheler, Quemén, 1994]. Другой результат этой работы, который кажется парадоксальным, заключается в том, что «хозяева» опасались больше тех больных, которые принимали лекарства, по сравнению с теми, которые их не принимали. Сам факт принятия лекарств оказывается некоторой отметиной, знаком, который как будто бы делает больных еще более больными по сравнению с теми, кто лекарств не принимает, но чье состояние может быть сравнимым. Этот результат еще раз демонстрирует символический характер социальных представлений.

Представления о психических заболеваниях и больных являются результатом диалектических отношений между миром научного и правового знания с миром обыденного знания, повседневного объяснения этих явлений. Мир экспертного знания не ограничивается только ме-

дицинским знанием. Роль медиатора между этими мирами играют СМИ. Однако научное знание, входящее в каждодневные коммуникации, не пассивно отражается в умах индивидов, но активно изменяется, трансформируется и преобразуется различными группами людей.

Социальные образы психических заболеваний (безумия, сумасшествия) многоаспектны и полиморфны, ибо еще со времен Гиппократ и Платона наблюдались различные образы и концепции сумасшествия, которые сохранились и существуют в настоящее время. В работах А. М. де Розы было продемонстрировано сосуществование различных моделей сумасшествия, которые можно было бы обнаружить, предприняв исторический анализ. Эти модели таковы: мистификация или демонизация сумасшествия (психически больной представляется в виде монстра, «нечистой силы»), криминализация сумасшествия (психически больной человек — преступник, девиант, наркоман), «медикализация» сумасшествия, опирающаяся на психиатрическое знание, наконец, психологизация сумасшествия. В последнем варианте психически больной видится человеком, страдающим от депрессии, от каких-либо эмоциональных потрясений. Эти модели появлялись в историческом аспекте в таком порядке, однако они не исчезали бесследно. Элементы всех четырех моделей были выявлены в исследовании, на основе анализа данных рисуночных (рисунок нормального, психически больного и рисунок, как будто бы нарисованный психически больным) и шкальных методик [Augustinos, Walker, 1995; de Rosa, 1988]. Факт полиморфности представления о безумии указывает на важную роль коллективной памяти в формировании представлений. В работе было показано изменение представлений по мере того, как протекает развитие и взросление от ребенка ко взрослому, как происходит переход от модели криминализации психических болезней к модели медикализации болезней.

Психически больные люди изображались в виде клоунов, яйцеголовых гениев-сумасшедших, шутов, художников (позитивный полюс), а также в виде демонов, монстров (негативный полюс). Более современный вариант негативного полюса — социальный девиант (наркоман или алкоголик, человек, бегущий по улице обнаженным). Есть как бы современные персонажи и более удаленные от нас во времени. Образы гения-сумасшедшего можно обнаружить и в исторической работе М. Фуко [Foucault, 1995]. Опять же, как и в работе Д. Жоделе, континуум, вдоль которого можно расположить изображенных персонажей, имеет два полюса: «хороших» и «плохих».

Результаты лонгитюдного исследования динамики представлений о психических болезнях на основе материалов итальянских печатных СМИ демонстрируют другой аспект представлений о психических болезнях [Petrillo, 1996]. Анализ публикаций (посвященных психическим болезням), выбранных из двух ежедневных изданий, позволил просле-

доть, как происходило изменение представлений вслед за реформами системы здравоохранения. Для исследования были выбраны издания, отражавшие центристскую позицию. Анализу подлежали статьи, которые были опубликованы в изданиях в различные годы, соответствовавшие этапам развития событий в связи с введением закона («закон 180») по изменению системы психиатрической помощи, упразднению психиатрических клиник и созданию клиник открытого типа. Так, **1969** год соответствует попыткам трансформировать систему психиатрических клиник. Эти попытки сопровождались выступлениями рабочих и студентов. **1973** год — рождение «Демократической психиатрии» — организованного движения на национальном уровне, объединившего персонал психиатрических клиник, которые выступали за упразднение этих клиник и создание новых, использующих терапию. **1978** год — при поддержке левых и центристских политических сил был принят закон об упразднении психиатрических клиник и системы принудительного лечения («закон 180»). **1983** год — меры на региональном уровне по реализации закона, так как на тот момент психиатрические клиники продолжали свое существование. **1988** год — обсуждение состояния дел национальным конгрессом психиатров, создание ассоциаций, терапевтических центров для больных. **1993** год — год проведения исследования.

Во-первых, эта динамика касалась перехода в историческом плане от криминализирующей модели психической болезни (акцент в этой модели ставится на то, что больных требуется содержать в больницах закрытого типа, подвергать принудительному лечению, ибо они опасны и их требуется изолировать от общества) к антропологизирующей модели болезни (больные представляются скорее как жертвы лечения в психиатрических клиниках, их предлагается содержать в клиниках открытого типа с использованием терапии). Во-вторых, эта динамика касалась перехода от медикаментозных способов лечения к новым формам социальной интеграции больных. В-третьих, динамика рассмотрения касалась психической болезни как болезни нервов или болезни мозга, т.е., как отмечает автор, эта оппозиция соответствует переходу от социально-политического вопроса о психических заболеваниях к психиатрическому.

Эти три фактора позволяют выявить изменения в историческом плане, т.е. показывают, например, как криминализирующая модель болезни, распространенная в 1969 году, постепенно сменялась на антропологизирующую (это особенно видно, если сравнить данные 1969 и 1978 годов). Ощутимый сдвиг по второму фактору отмечается, если сравнить данные 1988 и 1993 годов с данными 1973 года. По третьему — при сравнении 1969 года с последующими, особенно с 1988-м. Кроме того, была выявлена темата, лежащая в основе представлений о психических

болезнях, реализующаяся в форме следующих оппозиций: отклонение — болезнь, индивидуальный — социальный феномен, психическое — органическое заболевание [Petrillo, 1996].

Дж. Фостер, используя фокус-группы и контент-анализ английской прессы, показала, что возможно говорить об унификации и дифференциации представлений о психических болезнях [Foster, 2001, 2005]. Так, унификация в отношении болезней указывает на их общие элементы: непредсказуемость, постоянство, насилие, «друговость». В представлениях о психических болезнях существуют различные континуумы, с помощью которых люди категоризируют эти болезни. Механизм дифференциации служит, с точки зрения Дж. Фостер, для поддержания собственной позитивной идентичности. Так, в одну категорию объединяются заболевания (их обозначают как болезни низкого уровня), которые возникают в результате социального давления и проявляются в насилии над собой. Таким больным требуется терапия, а не лекарства. Прогноз в данном случае благоприятен при условии, что отсутствует социальное давление, а больные прикладывают усилия. Эти больные вызывают симпатию и жалость со стороны общества. Такие заболевания могут касаться и нас самих.

Другая категория объединяет заболевания, причинами которых являются биологические или генетические факторы. Эти заболевания проявляются в насилии над другими. Тот факт, что человек болен, очевиден по его внешним признакам. Для лечения больных в данном случае требуются лекарства, при этом прогноз не является благоприятным, а усилия больных едва ли важны. И такие больные вызывают страх со стороны общества. Такие болезни касаются только других, но не нас самих [Foster, 2001]. Опять, как и в случае исследования Д. Жоделе, мы сталкиваемся с категоризацией больных на «плохих» и «хороших». Подобную дифференциацию больных, с соответствующим отношением к ним, можно встретить в случае представлений о больных с другими заболеваниями (например, в случае рака или СПИДа). Другой континуум, который можно обнаружить в представлениях, позволяет категоризовать состояния как «норма» — «психическая болезнь». На основе любого симптома, поведения или стиля жизни можно отнести человека к той или иной категории на этом континууме. Еще один континуум для категоризации: «наносит вред себе или обществу» — «не наносит вреда». Тут всплывают возможные варианты: больного шизофренией, который может быть опасен для себя и для общества, или больного депрессией — опасного для самого себя.

Следующий континуум касается продолжительности болезни: «иногда» — «всегда». Другой, соподчиненный континуум отражает продолжительность переживания симптомов или демонстрации определен-

ного поведения, связанного с болезнью: «кратковременно» — «длительно». Наконец, еще один континуум касается принятия лекарств или нет. Здесь, как и в работе Д. Жоделе, больные, принимающие лекарства, представляются как «более больные», чем те, кто их не принимает. Факт принятия лекарства или пребывания в клинике является признаком, отличающим индивидов, является основанием для их стигматизации индивидов. Любопытно, что два индивида, страдающие одной и той же болезнью, имеющие сходные симптомы, будут представляться различно, в зависимости от того, принимают ли они лекарства, пребывают ли они в соответствующей клинике.

Исходя из результатов исследований, изложенных выше, представления о психических болезнях и больных полиморфны и опираются на систему различных знаний и убеждений. Вопрос, который вполне законно возникает в данном случае: каковы же представления самих «экспертов» в отношении интересующих нас объектов представлений? В работе С. Московиси по представлениям о психоанализе отсутствует информация о том, как психоанализ представляется самими экспертами в отношении этого объекта — психоаналитиками [Moscovici, 1961]. Однако со времени выхода этой работы исследователи не раз обращались к изучению представлений экспертов. Как было показано в работе Б. Зани по представлениям о психически больных, социальная дистанция по отношению к психически больным меньше в случае экспертов (психологов) по сравнению с не-экспертами [Zani, 1995].

В работе Н. Морант [Morant, 1996] по социальным представлениям<sup>1</sup> о психических болезнях у самих экспертов в области психического здоровья (психиатров, клинических психологов, терапевтов, социальных работников в Англии и во Франции), выполненной с помощью полуструктурированных интервью, было показано, что представления экспертов в отличие от социальных представлений не-экспертов основываются на непосредственном опыте взаимодействия с объектом представления — психической болезнью. Профессиональные социальные представления вырабатываются в более тесном контакте с больными, чем у всех остальных групп. Кроме того, у них есть теоретическое и абстрактное знание в отношении болезни, а также способов ее лечения. Сами представления формируются в организационном контексте. Таким образом, представления имеют, с одной стороны, характеристики экспертного знания, с другой — их роль по ориентации и направлению поведения сближает их с социальными представлениями. Представления экспертов о психических болезнях комплексны, гетерогенны и амбивалентны, они объединяют противоположные, не сочетающиеся

---

<sup>1</sup> Автор называет эти представления «профессиональные социальные представления» [Morant, 1996].

друг с другом элементы. Центральные элементы в их представлениях касаются природы болезни и ее статуса. Эксперты не имеют единой модели объяснения психического заболевания, в представлении присутствует много дискуссионных составляющих. Они подразделяют психические болезни на неврозы и психозы. Сами больные описываются ими двояко. С одной стороны, как непохожие, *другие*, отчужденные. Причем эта тенденция выражена в наибольшей степени у медицинских сестер. Опыт и переживания больных отличаются от опыта и переживаний всех остальных людей, респонденты отмечали невозможность представить то, как думают и чувствуют больные. Как и в других исследованиях, *друговость* больных в представлениях — это способ установить социально-психологическую дистанцию для того, чтобы разделить мир больных и мир здоровых. С другой стороны, в дискурсе о больных присутствует и другой полюс этого континуума: «друговость» — «сходство». Эксперты говорили о сходстве этого опыта, проводили параллели между опытом больных и всех остальных. Этот континуум «друговость» — «сходство» сопоставим с дифференциацией болезней на психозы и неврозы. Так, психозы ассоциируются с «друговостью» (психозы — это качественно отличающийся опыт, который едва ли доступен для понимания, сами больные видятся как люди «с другой планеты»), в то время как неврозы ассоциируются со «сходством» (неврозы представляются как преувеличенная форма, крайнее проявление нормального опыта).

Несмотря на свой статус, респонденты-эксперты не лишены обычного представления о том, что психические заболевания представляют собой угрозу и опасность. Отсюда, вероятно, и происходит амбивалентная реакция в отношении психически больных — страх и жалость.

Роль культуры в формировании представлений о психических болезнях отчетливо продемонстрирована в работе В. Вагнера с коллегами на основе глубинных интервью [Wagner, Duveen, Themel, Verma, 2006], проведенных с респондентами, проживающими на севере Индии. Исследователи наглядно демонстрируют, как представления о психически больных людях базируются на противоположных убеждениях: с одной стороны — это традиционные, усвоенные в семье убеждения, с другой — современные, западные, представленные в популярной форме в СМИ и фильмах.

Так, говоря о способах лечения психических болезней, респонденты, утверждавшие в начале исследования о своем предпочтении современных способов лечения болезни, разработанных в психиатрии (знания о которых были настолько разрозненными и двусмысленными, что респонденты затруднялись с их изложением), меняли по ходу интервью свою позицию в пользу традиционных способов, где ключевую роль играет семья. В отношении этих методов респонденты продемонстрировали хорошо структурированную систему знаний, основанную как на

внутрисемейных коммуникациях, так и на опыте непосредственного наблюдения за больными. Именно семья принимает решение относительно того, как лечить больного: обращаться ли ему к психиатру или к традиционному целителю. Сначала больной остается в семье, что позволяет скрыть факт болезни от других. Семья предпринимает попытки убедить больного в том, что его мысли и чувства — не обоснованы, пытается найти причины страданий, окружить больного заботой и дать ему возможность быть *счастливым*. В. Вагнер с коллегами подчеркивает, что, подобно тому как в исследовании С. Московиси о представлениях о психоанализе новый неизвестный объект — психоанализ — используется в качестве стартовой точки объяснения исповедь, представления о психиатрии как о способе лечения больного выстраиваются по аналогии с лечением больного в семье — через беседы и диалоги [Ibid]. Примечательно, что авторы предлагают различать два типа представлений: с одной стороны, речь идет о социальных представлениях о психиатрии как способе лечения психической болезни, с другой — о представлениях о психической болезни и ее лечении, сходные с теми, что Э. Дюркгейм обозначил как коллективные представления. Эти две системы знаний сосуществуют и действуют в различных контекстах (частном или семейном и публичном). В частном контексте болезнь рассматривается как результат фрустрированной потребности, в публичном — ситуация меняется и респонденты говорят о том, что окружающие и соседи рассматривают семью больного так, как будто бы там имеется призрак.

Полученные результаты ярко демонстрируют это сосуществование различных представлений и позволяют говорить о том, что и в западном обществе научные идеи сосуществуют с традиционными убеждениями и практиками.

Обобщая результаты многочисленных работ, посвященных изучению представлений о психических болезнях и больных, отметим, что эти представления хорошо дифференцированы, а их содержание образовано в значительной мере элементами с негативной валентностью. Психическое заболевание ассоциируется с социальной девиацией, стабильностью, опасностью, непредсказуемостью, насилием, «*друговостью*» и стигмой. Коль скоро психическое заболевание вызывает страх, очевидно, что аналогичную реакцию вызывают и сами больные, своей непредсказуемостью, агрессией, «*друговостью*». Если воспользоваться определением Р. Фарра [Farr, 1995], то форма социального представления с негативной валентностью есть не что иное, как стигма. Действительно, человек, будучи обозначенный как «психически больной», становится объектом негативно нагруженных представлений, которые помогают не только установить дистанцию по отношению к этому человеку, но и взаимодействовать с ним таким образом. Важную роль здесь играет представление больного как «*другого*», человека, настолько от-

личающегося от всех остальных (особенно от нас, здоровых), что нельзя представить то, как он думает, чувствует, переживает, действует. Такое представление позволяет здоровым людям защитить собственную идентичность хотя бы на символическом уровне.

Теперь перейдем к анализу специфики представлений о СПИДе, новой болезни, появившейся в начале 1980-х годов. Специфика этой болезни заключается в том, что в течение нескольких лет после первых случаев заражения медицинское знание, позволяющее объяснить происхождение болезни, пути ее передачи и превентивные меры, практически отсутствовало как научное знание. Зато ключевую роль играли убеждения, характерные для той или иной культуры, хранящиеся в коллективной памяти и актуализированные в ситуации кризиса.

Анализируя представления о СПИДе / ВИЧ у представителей двух профессиональных групп (медицинского персонала и предпринимателей) в пяти странах Восточной и Центральной Европы, Р. Гудвин с коллегами [Goodwin, Realo, Kwiatkowska, Kozlova, Nguyen Luu, Nizharadze, 2002] выявил биполярность представлений российских респондентов в отношении СПИДа. Один полюс характеризуется беспомощностью, «спидофобией», некоторым фатализмом респондентов, страхом за будущее. Просматривается определенное сходство между этим фактом и теми, что были получены зарубежными исследователями на заре эпидемии СПИДа [Moatti, Dab, Pollak, 1990, 1992; Paicheler, Quemin, 1994]. Другой полюс этих представлений отражает определенный оптимизм, веру в то, что проблема СПИДа преувеличена и вскоре ее удастся разрешить. Эта оппозиция достаточно любопытна, так как она является длительно существовавшей антиномией, которая, вероятно, является тематой, лежащей в основе представлений о СПИДе.

Аутгрупповой характер представлений о СПИДе выражается в приписывании его происхождения «упадническому Западу» [Goodwin, Realo, Kwiatkowska, Kozlova, Nguyen Luu, Nizharadze, 2002], с одной стороны, с другой — опасность заражения связывается в первую очередь с «группами риска», геями и наркоманами. Последствия такого приписывания двояки: во-первых, любой представитель из групп, которым приписывается повышенная уязвимость заболевания, автоматически рассматривается как опасность, которую стоит избегать. Во-вторых, если болезнь представляет угрозу для *других*, но не для меня, то нет необходимости в превентивных действиях.

На то, как связаны представления о партнере с поведением в эпоху возникновения и распространения СПИДа, указывают результаты ряда работ, выполненных посредством интервью и опросников на различных выборках [Apostolidis, 1994, 2003; Giami, Schiltz, 1996; Paicheler, Quemin, 1996]. Когда партнер представляется как «хороший», тот, кого индивид

любит, знает, принадлежащий к той же социальной среде, что и сам индивид, то он в меньшей степени склонен практиковать безопасный секс, чем в том случае, если партнер представляется как «плохой».

В случае представлений о больных СПИДом / ВИЧ-положительных есть «плохие» и «хорошие» больные, первые вызывают отвращение, неприязнь, страх у здоровых. В эту категорию попадают гомосексуалы, наркоманы, проститутки, люди, имеющие многочисленных сексуальных партнеров. Вторая категория объединяет тех, кто оказывается невинной жертвой: дети, случайно зараженные врачами или родившиеся от зараженных матерей, больные гемофилией, а также женщины, зараженные своими неверными мужьями [Lupton, 1999]. Эта категория вызывает сочувствие и сострадание. Представление о двух категориях больных перекликается с результатами, полученными по представлениям о психически больных, когда больные также разделяются на «плохих» и «хороших» в зависимости от тяжести болезни, в соответствии с этим окружающие строят свое поведение в отношении больных [Foster, 2001; Jodelet, 1989].

Анализ многочисленных исследований по представлениям о СПИДе, проведенный в ряде культур, а также в различных социальных и возрастных группах с использованием разнообразного инструментария, позволяет выявлять достаточно устойчивый факт: аутгрупповой характер представлений. Если для респондентов в странах Западной Европы и Северной Америки характерно указание на различные группы (геи, наркоманы, проститутки, люди, имеющие многочисленных сексуальных партнеров, бисексуалы, жители Африканского континента), то для респондентов Замбии, например, СПИД связывается с Западом, с наказанием Господа Бога, с девушками-подростками, имеющими сексуальные контакты с взрослыми мужчинами, а потом соблазняющими своих сверстников [Joffe, Bettega, 2003].

Знание особенностей представлений о здоровье и болезни позволяет строить предположения в отношении стратегии поведения по поддержанию здоровья, а также служит основой для разработки специальных превентивных мер и программ.

Таким образом, в данной главе мы рассмотрели еще один подход к проблеме здоровья и болезни — теорию социальных представлений, согласно которой здоровье и болезнь — *социальные, эмотивные, символические сущности*. Поведение индивидов, связанное со здоровьем и болезнью, а также социальные отношения с больными ориентируются и оправдываются социальными представлениями, которые вырабатываются социальными группами в коммуникациях, а также передаются посредством этих коммуникаций.

Использование теории социальных представлений открывает возможность проследить социокультурные особенности формирования и

изменения представлений о здоровье и болезни, а также изучить то, как образы прошлых эпидемий актуализируются в современном мире в связи с возникновением новых смертельных болезней и как это, в свою очередь, отражается на изменении представлений о здоровье и болезни в целом. Наряду с этим открывается возможность проследить, как представления о здоровье и болезни соотносятся с поведением в отношении здоровья и болезни, а также в отношении больных.

На основе рассмотренных выше исследований можно говорить о том, что обсуждение проблем здоровья и болезни каждый раз выходит на уровень рассмотрения отношений индивид — общество, затрагивает не только небольшую часть социальной реальности, непосредственно связанную со здоровьем и болезнью, но связывается с социальной и этнической идентичностями, затрагивает системы представлений о других объектах, определяет отношения общества к больным и с больными. Например, формирование представления о больных как «других», отличающихся, наделяемых различными негативными характеристиками и аморальными качествами, «других», на которых проецируется собственный страх, что в итоге позволяет усилить собственное здоровое self.

Теория социальных представлений обладает важным потенциалом для изучения проблем здоровья и болезни, в ее русле сложилась традиция изучения этой проблематики. Однако она исключена из основных подходов анализа проблем здоровья и болезни, изложенных во второй главе. При всем масштабе исследований на настоящий момент отсутствуют работы, направленные на сложный, системный анализ представлений о здоровье и болезни внутри одной культуры, с рассмотрением динамики этих представлений, принятием во внимание социокультурных аспектов этой динамики. В последующих главах мы подробно остановимся на анализе результатов серии эмпирических исследований, целью которых является изучение этого аспекта проблемы здоровья и болезни.



## ПРОШЛОЕ В НАСТОЯЩЕМ: РОЛЬ КОЛЛЕКТИВНОЙ ПАМЯТИ В ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ

---

### 4.1. Динамика социальных представлений о здоровье и болезни

Предпринимая наши исследования, мы ориентировались на следующие методологические принципы изучения представлений, сформулированные С. Московиси [Moscovici, 1984]: 1) необходимо получать материал из образцов обсуждений, которые обычно присутствуют в обществе; 2) социальные представления должны быть проанализированы как способы воссоздания реальности; 3) характер социальных представлений становится особенно очевидным во времена кризиса, перелома, потрясения, когда сама группа или ее образы претерпевают изменения; 4) наконец, люди, вырабатывающие социальные представления, должны рассматриваться по аналогии с учеными-любителями, группы которых подобны обществам ученых-любителей, существовавших еще в XIX столетии.

Согласно *первому принципу*, в обсуждении происходит обмен информацией, затрагиваются важные темы, среди которых могут быть какие-либо непонятные события, действия, личности. Посредством обсуждения группа стремится достигнуть согласия в отношении этого нового, непонятного объекта. В этой связи Московиси подчеркивает, что Г. Тард был одним из первых, кто обратил внимание на то, как мнения и представления возникают в процессе обсуждений, происходящих в специальных местах — салонах и кафе [Moscovici, 2001]. Продолжая идеи Тарда, Московиси замечает, что обсуждения позволяют индивидам и группам «приручать» противоречивые объекты или идеи и таким образом овладевать ими.

*Второй принцип* подразумевает, что посредством коммуникации идеи и образы приобретают физическую реальность. Как пишет С. Московиси: «Все реальности — реальности чего-либо или для кого-либо» [Ibid. P. 63]. Причина проблем, с которыми мы сталкиваемся в наших

поисках социального или интеллектуального порядка, заключается не в том, что сложно представить объекты, но в том, что мы имеем дело именно с *представлениями*, своего рода заменителями объектов. Мы имеем дело с реальностью, созданной нашими предшественниками, которую мы переделываем, переконструируем, а не создаем заново. Следствием этой реконструкции является изменение наших собственных образов. Московиси подчеркивает, что в результате реконструкции абстракции становятся независимыми от группы, вырабатывающей их, независимыми от коммуникаций, породивших их, от времени, таким образом, они обретают устойчивость и стабильность [Ibid].

Следующий, *третий, принцип* указывает на то, что люди в ситуации кризиса, потрясений в наибольшей степени ориентированы на обсуждение происходящего, апеллируя к достаточно ярким образам. Их поведение становится более непосредственным. Люди стремятся понять непонятный, изменившийся мир. В такие времена границы между частными и публичными мирами размываются. Однако пик кризиса сопровождается возникновением раскола между научным и обыденным знанием. Такой раскол может быть результатом новых открытий, новых теорий. С точки зрения Московиси, примером можно назвать принятие медициной такого нового подхода, как психоанализ. Вслед за этим событием может возникнуть своего рода революция здравого смысла, которая, по Московиси, ничем не уступает по важности революции научного знания. Рассмотрение того, как происходит восстановление связей между двумя мирами (научного и обыденного знания), проливает свет на сам процесс социального познания [Ibid]. Можно добавить, что в период кризиса, потрясения людям требуется создать новое представление или трансформировать имеющееся для того, чтобы защитить позитивную идентичность своей группы. Эта ситуация достаточно наглядна в ситуации возникновения и распространения СПИДа.

Наконец, согласно *четвертому принципу*, неофициальные обсуждения в кафе или клубах, подобно любительским кружкам, способствуют формированию представлений. Кроме того, популяризация научного знания также адресована к этим ученым-любителям [Ibid].

С точки зрения Московиси, генезис представлений включает в себе социальные и исторические аспекты, отсюда очевидна связь представлений и коллективной памяти, ибо память определяет в достаточной мере то, как индивиды вырабатывают свое видение, понимание объектов, материальных, идеальных или социальных [Haas, Jodelet, 1999]. Однако память и опыт не являются ни инертными, ни мертвыми, наоборот, они — динамичны и бессмертны [Moscovici, 1984]. Процессы анкеровки и объективфикации как раз являются способами управления памятью, где первый процесс связывается с движением в той мере, в которой объекты, люди, события, явления помещаются и извлекаются

из знакомых нам категорий и знаний, классифицируются и приобретают знание. Второй процесс позволяет абстрактному стать конкретным и видимым. В том, как реализуются процессы анкеровки и объективфикации, можно усматривать сходство с действием по воспоминанию. В целом сам процесс построения представления связан с обращением к прошлому, к истории, памяти, отсюда исследование формирования и изменения представлений неизбежно связано с анализом коллективной памяти.

Можно различать несколько ситуаций в отношении группы и объекта представления [Roussiau, Bonardi, 2002]. С одной стороны, группа образована до того, как появляется объект представления. Она уже имеет определенную историю совместного существования, что подразумевает наличие неких объединяющих признаков, среди которых — выработанный язык, общая разделенная судьба, история, традиции и ритуалы, групповая (коллективная) память, идентификации себя как членов этой группы, наличие общих ценностей, норм, правил, построение определенных систем коммуникации и др. [Андреева, 2005; Донцов, 1997; Кричевский, Дубовская, 2001]. Появление нового объекта делает необходимым выработку представления о нем. Этот процесс подразумевает вовлечение членов группы в коммуникацию в отношении нового объекта, которая как раз и опирается на имеющийся совместный опыт, таким образом, прошлое группы, посредством «семантического заимствования» [Roussiau, Bonardi, 2002. Р. 43] у других объектов и иного опыта, входит в новое представление.

С другой стороны, существование группы самым тесным образом связано с объектом представления. По сути, мы имеем дело с такой ситуацией, когда объект вписан в историю существования группы. Отсюда — объект запечатлен в коллективной памяти этой группы, все происходящее с объектом — результат взаимодействия с этой группой.

В исследовании формирования и изменения представлений необходимо учитывать историю самого объекта представления, ибо с этим связывается роль коллективной памяти в представлении. Теоретически можно различать два случая: 1) новый объект, не имеющий истории (например, Интернет); 2) объект, который вновь стал социально значимым, возможно, получив новые характеристики (здоровье и болезнь, культура и пр.) [Ibid].

В нашем случае, когда объектом представления является здоровье или болезнь, объект имеет свою собственную историю, сравнимую с существованием человечества. Этим объясняется важная роль коллективной памяти в представлениях о здоровье и болезни. Другой интересующий нас объект — СПИД. Это новый объект, не имеющий своей истории до начала 1980-х годов, однако он отличается от остальных *новых* объектов. СПИД является проблемой общества, эта болезнь характеризуется сильной аффективной нагруженностью, что объясняет значение и роль кол-

лективной памяти в случае представления о СПИДе, отсюда и возникают метафорические обозначения СПИДа как «чумы XX века».

Связь представлений и коллективной памяти бесспорна, память участвует в формировании и изменении представлений. Однако в литературе по социальным представлениям мы едва ли можем найти работы, в которых последовательно изучалось предшествующее состояние представления, рассматривалась бы история объекта представления. Анализ этих аспектов дает возможность проанализировать, как изменяются отношения между памятью и представлением по мере формирования, стабилизации и трансформации этого представления, как изменяется представленность «прошлого» в «настоящем».

В нашей работе мы предпринимаем попытку многоуровневого исследования представлений о здоровье и болезни посредством анализа предыстории этих представлений, а также изучения особенностей динамики этих представлений. Нас также интересует, каковы отношения между представлениями и памятью в связи с формированием и изменением представления в случае СПИДа. Использование теории социальных представлений в качестве подхода к анализу проблем здоровья и болезни позволит изучать проблемы здоровья и болезни с учетом социокультурной специфики, а также исследовать то, как представления о здоровье и болезни связаны с соответствующим поведением людей в обыденной жизни, как их поступки и социальные отношения определяются и оправдываются этими представлениями. Наша главная цель, на реализацию которой направлена серия эмпирических работ, заключается в исследовании социокультурной динамики представлений о здоровье и болезни. Если в первой главе мы рассмотрели, как формировались и трансформировались представления о здоровье и болезни на протяжении многих веков, начиная с эпохи Средневековья до настоящего времени, то теперь, основываясь на идеях теории социальных представлений, мы продолжим эту линию анализа проблем здоровья и болезни и рассмотрим представления о здоровье и болезни в контексте русской культуры. Другими словами, мы проследим, как «следы» прежних убеждений о здоровье и болезни, хранящиеся в коллективной памяти, представлены в современном социальном мышлении, а также исследуем, как происходит изменение представлений о здоровье и болезни в современном быстро меняющемся мире.

Наше исследование динамики представлений о здоровье и болезни подразумевает два пласта рассмотрения. Во-первых, требуется выявить и проанализировать, как происходили изменения представлений о здоровье и болезни в русской культуре. С нашей точки зрения, этот пласт рассмотрения предполагает исследование этимологии слов, обозначающих здоровье и болезнь, предыстории социальных представлений, отражения истории объектов (здоровье и болезнь) в коллективной памя-

ти. Далее предполагается сопоставить эти результаты с анализом социальных представлений о здоровье и болезни. Во-вторых, необходимо рассмотреть, как происходит изменение представлений в современном изменяющемся мире.

Исследование было реализовано в два этапа. Соответственно, на первом этапе посредством рассмотрения этимологии слов, которые использовались для обозначения здоровья и болезни, мы прослеживаем, как происходило изменение представлений о здоровье и болезни на материале русской культуры. Затем на основе теории социальных представлений предлагается проанализировать, какую роль играют эти элементы в представлениях о здоровье и болезни. На втором этапе, реализованном четыре года спустя по аналогичной схеме и на сходной выборке, предлагается рассмотреть, как изменились представления о здоровье и болезни.

**Первый этап.** На примере русского языка анализ представлений о здоровье и болезни осуществляется через рассмотрение отношений «человек — род». В Древней Руси здоровье не воспринималось как характеристика субъекта, оно было внешним по отношению к человеку, существовало вне индивида. Как отмечает В. В. Колесов, в Ипатьевской летописи можно обнаружить, что здоровья не только желали или просили, его дарят и дают, оно как бы находится вне самого человека. Здоровье требовалось больному, здоровый же и без него был крепок «как дерево» и о здоровье не задумывался [Колесов, 2000].

Слово «здоров» / «здоровый»<sup>1</sup> по происхождению связано с выражением *su-dorv-o*<sup>2</sup>, «что означает — из хорошего дерева, крепок, как дерево, здоров и силен» [Там же. С. 223]. Здоровый синонимично «большой», «сильный». «Здоровье» и «дерево» оказываются однокоренными словами в русском языке. Сходным образом во многих славянских языках можно обнаружить достаточно устойчивые выражения, в которых здоровье сравнивается с деревом (например, в белорусском мы находим: *здоровенны як дуб*, а в чешском — *zdravy jako dub*, в польском — *chlory jak dąb*) [Мокиенко, 2005]. Приветствия «Здорово!», «Здравствуй!» восходят к пожеланию быть твердым, крепким, сильным. Это действие пожелания здоровья закрепилось в языке, и его можно обнаружить во многих словах и словосочетаниях, которые ежедневно используются: «будь здоров», «здравия желаю», «на здоровье», «крепкого здоровья», «за здоровье»... По данным последнего издания «Русского ассоциатив-

---

<sup>1</sup> *Здорѡв*, *-ѡва*, нар. *здѡрово*, укр. *здорѡвий*, др. -русс. *сѡдоровѡ*, ст.-слав. *сѡдравъ ѡгнѣс*, болг. *здрав*, сербохорв. *здрѡв*, *здрѡва*, словен. *zdrāv*, *zdrāva*, чеш., словц. *zdravý*, польск. *Zdrowy* [Фасмер, 2004].

<sup>2</sup> Праслав. \**sydorvъ*, где *sy* = др.-инд. *su* «хороший» и \**dorv-*, связанного с чередованием *дѣрево*, т.е. «из хорошего дерева» [Фасмер, 2004].

ного словаря» [Караулов, Черкасова, Уфимцева, Сорокин, Тарасов, 2002], наиболее частыми ассоциациями со словом «здоровье» являются: крепкое и хорошее, т.е. характеристики силы и позитивности здоровья отчетливо представлены в данном случае.

С распространением христианства Бог, а не природа располагает здоровьем человека, тем не менее принцип сохраняется прежний — здоровье существует вне человека.

Если проследить историю изменения содержания понятия «болезнь» в русском языке, то можно обнаружить, что в домонгольской Руси слово «болезнь» отсутствовало. Слово для средневекового человека насыщено магической силой. В языке существовало одно слово для обозначения несчастья и для обозначения его причины, поэтому само произнесение его могло навлечь беду. Отсюда — запрет на использование слова, обозначавшего страдание. Это слово, которым символизировалась болезнь, не дошло до нас [Колесов, 2000]. Считалось, что к больному нужно привлечь добрые силы, так если в ритуальном действии называть человека сильным, то по той же самой магии слова он должен был стать таким. Про больного говорили, что он *болеет*, подразумевая, что он набирается силы. Самого больного называли *боль*. Корень слова «боль» отражал значение силы, мощи, т.е. здоровья. Позже произошла трансформация, породившая слова с противоположными значениями: с одной стороны, *большой*<sup>1</sup> (в смысле — сильный), с другой — *больной* (в смысле — слабый).

Само же понятие *болезнь* как обозначение нездоровья, как общее понятие (включающее в себя как внешние признаки болезни, так и переживание боли, а также внешние симптомы) закрепилось только в конце XV века<sup>2</sup>, пройдя такой путь: боль — недуг — немощь — болезнь [Там же]. Заметим, что в словаре В. И. Даля пояснения к слову «*болезнь*» приводятся в статье про *боль* [Даль, 1994]. По данным последнего издания «Русского ассоциативного словаря» [Караулов, Черкасова, Уфимцева, Сорокин, Тарасов, 2002], наиболее частыми ассоциациями со словом «болезнь» являются: (*болезнь*) тяжелая и (*болезнь*) века. Вполне возможно, что высокочастотная ассоциация *болезнь века* связывается с распространением СПИДа (ср.: «чума XX века»).

Постепенно происходило осознание болезни как нездоровья: если сначала говорили, что кто-то болеет, и подразумевали — набирается сил, затем имели в виду малосилие, потом — бессилие, наконец, болезнь ста-

---

<sup>1</sup> Это значение также можно обнаружить в слове «больше». В этимологическом словаре Фасмера обнаруживаем слова, образованные от одного корня, но имеющие противоположные значения: одни обозначают сильный (большой), другие — слабый, немощный (слабый) [Фасмер, 2004].

<sup>2</sup> Слово «болезнь» у южных славян появилось в XII веке. Оно произошло от глагола «болети» [Колесов, 2000].

ла рассматриваться как объективно существующая, имеющая свои внешние признаки. Так признак силы постепенно уменьшался до полной его потери (малосилие — недуг — немощь (немочь) — бессилие).

В X веке и самих больных называли «немогущими». Параллельно со сменой одного признака на другой (от силы к слабости) происходило освобождение от суеверных представлений о самом страшном событии в жизни человека — болезни. Теперь произнесение слова, обозначающего болезнь, не воспринимается как нечто, способное навлечь на себя беду.

Важную параллель между появлением и употреблением слов для обозначения некоторых реалий, с одной стороны, и определенными историческими событиями, с другой, можно усмотреть у В. В. Колесова. Он утверждает, что «понадобилось более трех столетий, чтобы русский народ, пройдя через муки татаро-монгольского нашествия, принял в свой язык “терминологию боли”, соотнеся ее с новой системой представлений о мире» [Колесов, 2000. С. 104]. Коль скоро изменялась система представлений о здоровье и болезни, то трансформировалось и убеждение о способах лечения болезни. Так, постепенно снижалась вера в шаманство и целительство. Болезнь теперь лечат лекарствами, а не исцеляют у целителей, которые возвращают здоровье больному, возвращают ему силы, как бы делают силу «целой» [Даль, 1994].

Любопытным кажется еще один момент, так, в уставе князя Владимира имелась запись, касающаяся «заведения для *немогущих*» [Сергеева, 2005], т.е. бани. В русской культуре баня — это один из важных способов лечения больных или оздоровления здоровых (в пословицах русского народа находим: «Баня парит, баня правит. Баня все поправит») [Даль, 2003. С. 404]. Важно обратить внимание на то, что в отличие от римских или турецких бань русские бани всегда строились из дерева, и наряду с паром в них важное место занимает веник, который делался из молодых веток деревьев (традиционно — из березовых). Не случайно находим в пословицах: «Есть дерево: крик унимает, свет наставляет, больных исцеляет (береза: она дает деготь, лучину и бересту)» или «Стоит дерево, цветом зелено; в этом дереве четыре угодя: первое — больным на здоровье, другое — от теми свет, третье — дряхлых, вялых пеленанье, а четвертое — людям колодец (береза: банный веник, лучина, береста на горшки, березовица)» [Там же. С. 712]. «Бить» с помощью веника — это средство лечения целого ряда недугов: будь то простуда, ревматизм, пониженное давление или сниженный жизненный тонус [Сергеева, 2005]. Здесь, с нашей точки зрения, мы опять находим косвенное указание на важную роль дерева в связи со здоровьем человека.

Проследив трансформацию понятий «здоровье» и «болезнь» в русском языке, которая отражает динамику представлений о здоровье и болезни в русской культуре, попытаемся обнаружить «следы» этой трансформации на уровне социальных представлений о здоровье и болезни у современной молодежи.

Следует принять во внимание и еще один аспект специфики содержания понятия «здоровье». Он достаточно отчетливо прослеживается в работах социологов [Гордон, Возьмитель, Журавлева, Клопов, Рима-шевская, Ядов, 1999], показавших, что история России — это пример пренебрежения к жизни индивида, к его здоровью. Это, вероятно, с одной стороны, восходит к особенностям, коренящимся в культуре (здоровье — внешнее по отношению к субъекту, это ответственность общины, коллективная, а не индивидуальная ответственность, в противоположность западной культуре, где здоровье представляет собой индивидуальную ценность, предполагает индивидуальную ответственность), с другой — к социальным условиям жизни (см. гл. 1). Этот факт, вероятно, должен иметь определенные последствия на уровне как социальных представлений о здоровье и болезни, так и на уровне действий субъектов в отношении здоровья и болезни.

В клинической психологии можно найти интересное «положение о том, что болезнь как некоторая субъективная реальность и феномен культуры не сводится только к натуральным, организменным событиям, не нуждается в настоящее время в особых доказательствах. Тем не менее, несмотря на свою очевидность, оно остается декларативным, не находя реализации в конкретных научных исследованиях, и тем более в повседневной клинической практике» [Тхостов, 1993. С. 3]. В клинической психологии попытки реализовать это положение наблюдаются в связи с изучением того, как формируется внутренняя картина болезни [Лурия, 1977; Николаева, 1995; Тхостов, 1993, 2002], какова роль обыденных представлений в связи с формированием картины болезни [Нелюбина, 2006]. Причем речь в данном случае идет об обыденном сознании, определяемом как уровень индивидуального сознания, который рассматривается как занимающий положение медиатора и по отношению к общественному сознанию, и по отношению к индивидуальному сознанию [Улыбина, 2001]. Исследуя данную проблематику с позиций социальной психологии, а именно в русле теории социальных представлений, наш интерес мы сместили в сторону изучения социальных представлений о здоровье и болезни в группах здоровых людей, того, как эти представления связаны с соответствующим поведением по отношению к здоровью и болезни, а также по отношению к самим больным.

Обратим особое внимание на то, что мы придерживаемся позиции, согласно которой «наивный ученый», тот самый пресловутый «человек с улицы», в терминах С. Московиси [Moscovici, 2001], не может *придумать* здравый смысл. Действительно, здравый смысл, обыденные знания порождаются в процессе бесчисленных взаимодействий, коммуникаций, диалога между людьми. Эта форма «наивного», «натурального» знания противостоит знанию *научному*. Социальное представление включает в себя информацию, убеждения, мнения, образы, установки в отношении объекта представления. Эти составляющие, будучи органи-

зованными и структурированными, образуют определенный тип когнитивной системы [Abric, 2001].

Излагаемое здесь исследование имело своей основной **целью** выявление, описание и анализ структуры представлений о здоровье и болезни в молодежной среде. **Объектом** исследования были студенты московских вузов. В исследовании приняли участие 172 студента различных специальностей, в том числе студенты, совмещающие работу и учебу (137 женщин и 35 мужчин) в возрасте от 18 до 35 лет ( $M_{\text{возраста}} = 21,7$  лет,  $SD = 5,6$ ).

Стоит подчеркнуть, что наш интерес к данной возрастной группе практически во всех исследованиях, излагаемых в настоящей работе, объясняется следующими причинами. Во-первых, молодежь оказывается объектом преимущественного внимания в связи с разработками профилактических и превентивных программ (например, в случае продвижения здоровья, а также в связи с ВИЧ-инфекцией, табакокурением и принятием наркотиков и др.), отсюда — проблема здоровья и болезни представлена в таком аспекте на уровне публичного дискурса в СМИ. Во-вторых, в этой возрастной группе происходит изменение поведения, касающегося здоровья и болезни (как, например, употребления алкогольных напитков [Simonnet-Toussaint, Lecigne, 2004]). В-третьих, на основе результатов опросов общественного мнения можно заметить любопытные факты. С одной стороны, оказывается, что молодежь чаще других возрастных групп заботится о своем здоровье. Это объясняется авторами тем, что здоровый образ жизни является ценностью для этой группы [Россияне о своем здоровье и болезнях, 2002]. С другой — молодежь воспринимается как источник угрозы здоровью, ибо эту категорию считают «группой риска» в отношении инфекционных заболеваний в силу беспорядочных сексуальных отношений, а также употребления наркотиков [Арефьев, 2002; Кошкина, Павловская, Коновалова, Кошкин, 2004; Россияне о своем здоровье и болезнях, 2002]. Кроме того, есть основания говорить о том, что для этой группы характерен низкий уровень заботы о здоровье, а также низкая информированность о способах его поддержания [Гафиатулина, 2007]. По данным ряда исследований, состояние здоровья в этой группе вызывает некоторую тревогу и опасения [Журавлева, 2000; Ивахненко, 2006; Ромицына, 2006].

Эта противоречивая картина порождает законный вопрос: как сама молодежь представляет себе здоровье и болезнь, что для нее является здоровым образом жизни и как следует заботиться о здоровье? Наконец, на уровне представлений проблемы со здоровьем в целом в наибольшей степени свойственны пожилым людям [Flick, Fischer, Neuber, Schwartz, Walter, 2003], молодые считают их неактуальными, не касающимися их. Однако выполнение мер по поддержанию здоровья в молодом возрасте позитивно сказывается на состоянии здоровья в более взрослом возрасте. Как подчеркивается в литературе, студенты являются категорией людей, которые пренебрегают поведением, направленным на поддер-

жания здоровья<sup>1</sup> [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004]. Все это объясняет преимущественный интерес к данной группе как объекту исследования.

**Предметом** исследования явились социальные представления о здоровье и болезни.

В силу того что ядро социального представления «детерминировано историческими, социологическими и идеологическими условиями» [Abric, 1993. Р. 79], а также связано с коллективной памятью группы, ее ценностями и нормами, социальные представления о здоровье и болезни должны кристаллизоваться вокруг оппозиции «сила» — «слабость». Соответственно, мы предполагаем обнаружить в ядре представления о здоровье элемент «сила», а в ядре представления о болезни — элемент «слабость».

Наряду с этим мы предполагали, что в социальном представлении о здоровье присутствуют указания на способы поддержания здоровья, позитивные эмоциональные проявления и на физическое благополучие.

В социальном представлении о болезни ключевыми являются характеристики отношений больного с обществом, негативных эмоциональных проявлений, физического неблагополучия.

В качестве основного **метода** исследования было выбрано анкетирование. Анкета состояла из трех частей. Для выявления представлений о болезни и здоровье нами использовалась методика свободных ассоциаций. Испытуемых просили назвать по пять ассоциаций с объектами «здоровье» и «болезнь». Для преодоления эффекта предъявления для половины испытуемых последовательность объектов была «здоровье» — «болезнь», а для другой — наоборот. Испытуемым также задавался ряд вопросов для получения социально-демографической информации, а также для выявления способов поддержания здоровья.

Все полученные ассоциации были проанализированы двумя независимыми экспертами, что позволило получить лист наиболее часто встречающихся ассоциаций для последующего анализа структуры представлений о здоровье и болезни. Для описания структуры представлений использовалась методика, предложенная П. Вержесом [Grize, Vergès, Silem, 1987; Vergès, 1992]. Согласно его идее, полученные понятия предлагается подвергнуть прототипическому и категориальному анализу, опираясь на два параметра: частота появления того или иного понятия в ответах респондентов и ранг появления понятия. Использование такого показателя, как частота появления того или иного понятия, является эмпирическим критерием консенсуса как принципа, лежащего в основе данного подхода. Использование такого показателя, как ранг появления ассоциации, объясняется следующим образом: по закону

---

<sup>1</sup> Например, в случае курения эффективность превентивных кампаний достаточно низка в силу того, что причина (курение) и следствие (рак, сердечно-сосудистые заболевания) разделены во времени, эффект негативного поведения отсрочен во времени. Очевидно, что этот же принцип действует аналогичным образом и в отношении других типов поведения.

К. Марба существует прямая связь между частотой ассоциативного ответа и скоростью его появления. В исследовании по социальным представлениям не производится замер времени реакции, но используется замер ранга ответа, что является эмпирическим критерием важности данного понятия для респондентов [Abric, 2003; Flament, Rouquette, 2003]. Пересечение двух параметров — медианы частоты и среднего ранга понятий — образует четыре области (табл. 3).

Таблица 3

Схема представления результатов методики П. Вержеса (1992)

|                                                | Низкий ранг<br>понятия<br>(<среднего ранга) | Высокий ранг<br>понятия<br>(≥ среднего ранга) |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Высокая частота понятия<br>(≥ медианы частоты) | Область I                                   | Область III                                   |
| Низкая частота понятия<br>(< медианы частоты)  | Область II                                  | Область IV                                    |

Ядро представления образуют те элементы, которые попадают в Область I, здесь располагаются стереотипы и прототипы, ассоциирующиеся с объектом [Abric, 2003]. Эта область обозначается как *зона ядра*. Остальные области образуют периферическую систему, однако и здесь можно говорить о некоторой иерархии. Область II и Область III, объединяющие элементы, важные или по своему рангу, или по частоте упоминания, образуют *первую периферическую систему*. Эта часть обозначается также как потенциальная зона изменения, ибо является источником потенциального изменения и трансформации представления. Она объединяет, с одной стороны, элементы, высказанные меньшинством в первую очередь в отношении объекта представления (Область II). В литературе можно найти гипотетические утверждения о том, что эти элементы отражают позицию меньшинства [Abric, 2003; Vonnec, 2002]. С другой стороны, она включает элементы, которые ассоциируются с объектом значительным числом респондентов, но не в первую очередь. Область IV, объединяющая ассоциации с высоким рангом и низкой частотой (наименее важными ассоциациями, разделяемыми небольшим числом респондентов), образует *вторую периферическую систему, или собственно периферическую систему*. Открытым в теории социальных представлений остается вопрос о структуре периферической системы [Sa, Oliveira, 2002].

Таким образом, учитывая количественные и качественные параметры ассоциаций, выработанных респондентами, представляется возможным получить гипотетическую структуру представления. В работе по представлениям о деньгах П. Вержес эмпирически показывает, что элементы, оказывающиеся в зоне ядра, имеют наибольшее число связей

с другими элементами представления, т.е. выполняют функцию организации представления [Vergès, 1992]. Данная методика рассматривается частью исследователей [например: Abric, 2003] как первый этап исследования представлений, вслед за которыми предпринимаются два других — выявление иерархии элементов и проверка предположения о центральности элементов ядра представления. Другие исследователи [например: Bonnes, 2002; Roland-Lévy, 2002; Sa, Oliveira, 2002] основываются на положении П. Вержеса о том, что данная методика позволяет исследовать структуру представления, а последующие проверки структуры представления подтверждают это предположение. Отсюда исследователи базируют свое изучение представлений на использовании прототипической методики Вержеса [Vergès, 1992] с последующими многоуровневыми процедурами анализа полученных таким образом данных. Эти дополнительные способы анализа данных направлены на то, чтобы показать, что элементы, расположенные в зоне ядра представления, выполняют функции ядра (смыслообразующую и организующую). Важность применения ассоциативных методик для исследования социальных представлений объясняется тем, что именно они дают возможность получить символический, имплицитный материал, столь важный для анализа представлений.

Используя методику П. Вержеса, мы подвергли основному анализу только те понятия, которые указывают не менее 5% испытуемых. Мы придерживаемся той позиции, что данная методика позволяет выявлять и исследовать структуру представления посредством прототипического и категориального анализа данных.

Многоуровневость анализа представлений в нашем случае достигается за счет анализа этимологии понятий, обозначающих объекты представления, с одной стороны, и за счет использования количественных и качественных приемов анализа полученных данных — с другой. Наряду с этим использование двух этапов в исследовании также способствует сложному анализу интересующих нас представлений, а рассмотрение этимологии соответствующих понятий открывает возможность проследить историю объектов представления. Насколько позволяет судить теоретический анализ, такого рода исследования пока не предпринимались.

**Описание и анализ результатов.** В результате анализа ассоциаций по указанному критерию для каждого объекта была выявлена и описана структура представления. Всего респонденты предложили 840 ассоциаций в случае представления о здоровье ( $M = 4,88$ ,  $SD = 0,24$ ) и 846 — в случае представления о болезни ( $M = 4,92$ ,  $SD = 0,24$ ). В случае представления о здоровье был составлен словарь, включающий 258 понятий, а в случае представления о болезни — 263 понятия.

**Представления о здоровье.** В соответствии с критериями П. Вержеса в число элементов *зоны ядра представления о здоровье* попадают следующие: спорт, красота, сила, радость, бодрость, жизнь. В число эле-

ментов *периферической системы*, составляющих *потенциальную зону изменения*, входят элементы: болезнь, хорошее самочувствие, улыбка, хорошее настроение, счастье, правильное питание, веселье, уверенность в себе, витамины. *Собственно периферическая система* представления образования понятиями: энергия, активность, свежий воздух и вода (табл. 4).

Таблица 4

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о здоровье  
(Исследование 1)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации         |                               |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|
|                       | < 2,75                          | ≥ 2,75                        |
| ≥ 13                  | Спорт (55; 2,05) <sup>1</sup>   | Хорошее настроение (35; 3,06) |
|                       | Красота (40; 2,40)              | Счастье (21; 2,86)            |
|                       | Сила (39; 2,08)                 | Правильное питание (19; 3,00) |
|                       | Радость (27; 2,33)              | Веселье (15; 3,13)            |
|                       | Бодрость (19; 2,68)             | Уверенность в себе (13; 3,31) |
|                       | Жизнь (13; 2,62)                | Витамины (13; 3,31)           |
| < 13                  | Болезнь (12; 1,92)              | Энергия (12; 3,58)            |
|                       | Хорошее самочувствие (12; 2,25) | Активность (10; 3,00)         |
|                       | Улыбка (11; 2,36)               | Свежий воздух (10; 3,20)      |
|                       |                                 | Вода (10; 3,20)               |

Остановимся подробнее на элементах, образующих зону ядра представления о здоровье. Наиболее цитируемый элемент (высказан 55 испытуемыми) — «спорт». Как и в других исследованиях по социальным представлениям, здоровье связывается с движением, активностью [Galli, Fasanelli, 1995; Herzlich, 1973]. Однако в нашем случае сам элемент «активность» располагается в собственно периферической системе, т.е. наименее представительной части периферической системы. С нашей точки зрения, элемент «спорт» имеет иную интерпретацию — это указание на способ поддержания здоровья. Кроме того, в структуре представления можно обнаружить иные способы поддержания здоровья — правильное питание и витамины (в потенциальной зоне изменения), а также свежий воздух и вода (собственно периферическая система). Спорт оказывается наиболее согласованным элементом поддержания здоровья по сравнению с другими способами.

<sup>1</sup> В этой области таблицы располагаются элементы ядра представления о здоровье, а в остальных квадратах представлены элементы различных зон периферии представления. В скобках указаны частота встречаемости ассоциации и ранг ее появления.

Три элемента зоны ядра указывают на физическое состояние индивида — «красота», «сила», «бодрость». На уровне представления здоровье — это «видимый» феномен, имеющий позитивно оцениваемые физические очертания — «красоту» и «силу». Кроме того, физические составляющие представления о здоровье — «сила» и «бодрость» — конкретизируются в периферической системе через элементы «хорошее самочувствие» (потенциальная зона изменения) и «энергия» (собственно периферическая система). Присутствие элемента «жизнь» указывает на высокую ценность здоровья (здоровье = жизнь), наряду с этим оно косвенным образом указывает на движение.

С одной стороны, учитывая этимологию слова «здоровье» в русском языке, где слово «сила» обозначает здоровье, быть здоровым значит быть сильным, а с другой — тот факт, что элемент «сила» расположен в зоне ядра представления, которая связана с историей группы, с коллективной памятью, а также с ее ценностями и нормами [Abric, 1993], мы имеем основания считать, что этот элемент наиболее *древний* среди всех остальных составляющих представления, он в наибольшей степени коренится в русской культуре.

Аффективно окрашенный элемент зоны ядра представления — «радость». Другие аффективно окрашенные элементы — «улыбка», «хорошее настроение», «счастье», «веселье» — содержатся в потенциальной зоне изменения представления.

Все эти понятия составляют 45,9% от всех высказанных ассоциаций, анализ был бы неполным без учета информации остальных ассоциаций, высказанных менее чем 5% испытуемых. Наши дальнейшие шаги предполагают анализ категорий, которые возможно выделить, исходя из имеющегося эмпирического материала. В первую очередь группопредставляющими категориями в данном случае являются элементы, образующие ядро представления. Открывается возможность уточнить элементы ядра представления, ибо именно оно выполняет функцию организации представления. Процедура контент-анализа выполнялась два раза с двухмесячным перерывом одним и тем же кодировщиком для проверки устойчивости получаемых результатов ( $\kappa_{\text{Козна}}$  составил 0,72).

В результате этого переструктурирования эмпирического материала получаем следующие группы категорий: *физическое благополучие здорового человека* (сила<sup>1</sup>, красота<sup>2</sup>, бодрость, хорошее самочувствие, энергия и др.) — 20,6%, *способы и условия поддержания и достижения здоровья* (спорт, правильное питание, бег, зарядка, физкультура, свежий

---

<sup>1</sup> Заметим, что в случае элемента «сила» находим еще ряд синонимичных понятий (крепость, мощь), объем этой категории составляет 5,4% от всех полученных ассоциаций.

<sup>2</sup> Объем этой категории составляет 8,45% от всех ассоциаций.

воздух и др.) — 18,33%; *позитивные эмоциональные проявления* (радость, хорошее настроение, веселье и др.) — 15,6%; *жизнь* (жизнь, будущее и др.) — 3%. Дополнительно нами также были выделены категории, образованные на основе составляющих периферической системы: *болезнью и ее лечением* (болезнь, лекарства и др.) — 7,4%; а также социально-психологические *характеристики, приписываемые субъекту* (уверенность в себе, достижение успеха, независимость и др.) — 10,1%. Все перечисленные выше категории включают 75% ассоциаций с объектом «здоровье». Как видно из переструктурированного материала, элементы ядра имеют большое количество связей как с элементами периферии, так и с теми единичными понятиями, высказанными реже чем 5% респондентов.

Первая категория отражает связь понятий «здоровье» — «болезнь», вторая свидетельствует о том, что здоровье субъектно, оно связывается с его носителем. Любопытно, что среди ассоциаций часто встречаются характеристики успеха, уверенности, эффективности деятельности. Здоровье оказывается необходимой составляющей успешности человека. Этот факт пересекается с результатами, полученными в исследовании, выполненном Васильевой и Филатовым [Васильева, Филатов, 2005], где здоровье ассоциировалось с успешными людьми.

**Представление о болезни.** Аналогичным образом была описана и проанализирована структура представления о болезни. Среди элементов, образующих ядерную структуру, оказались понятия: боль, слабость, температура, кровать, кашель и насморк (табл. 5). В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения* представления, попали следующие понятия: плохое самочувствие, страх, лекарства, больница, врач. *Собственно периферическая система* представления о болезни образована понятиями: смерть, таблетки, усталость, грусть. Теперь рассмотрим результаты более подробно. Чаще всего болезнь ассоциировалась с болью и слабостью (49 и 40 респондентами соответственно). Составляющие зоны ядра представления (боль, слабость, температура, кашель и насморк) связаны с физическими симптомами болезни. Элемент «кровать» косвенным образом указывает, с одной стороны, на слабость больного, с другой — на его неподвижность, не-активность, обездвиженность. Указания на физические симптомы присутствуют и в периферической системе: плохое самочувствие, усталость. Элемент «усталость» требует особого внимания. Согласно Толково-образовательному словарю [Толково-образовательный словарь..., 2000], усталость указывает на ослабленное состояние организма, вызванное длительной работой или какой-либо деятельностью. С одной стороны, усталость близко к слабости, с другой — получается, что этот элемент, подобно тому как это было в исследовании К. Эрзлиш

Таблица 5

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о болезни  
(Исследование 1)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации        |                      |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------|
|                       | < 2,62                         | ≥ 2,62               |
| ≥ 21                  | Боль (49; 2,45)                | Лекарства (43; 2,70) |
|                       | Слабость (40; 2,10)            | Больница (39; 3,03)  |
|                       | Температура (24; 2,13)         | Врач (39; 3,28)      |
|                       | Кровать (21; 2,52)             |                      |
|                       | Кашель и насморк (21; 2,52)    |                      |
| < 21                  | Плохое самочувствие (14; 1,86) | Смерть (17; 2,71)    |
|                       | Страх (14; 2,43)               | Таблетки (17; 2,94)  |
|                       |                                | Усталость (11; 2,82) |
|                       |                                | Грусть (10; 3,20)    |

[Herzlich, 1973], вносит социальный контекст в представление о болезни. Это физическое состояние — следствие работы. В отличие от результатов Эрзлиш местоположение элемента не позволяет говорить о его ключевой роли в представлении о болезни.

Кроме указаний на неблагоприятное физическое состояние, в периферической части присутствуют элементы, указывающие на различные способы борьбы с болезнью (лекарство, таблетки, больница), а также на персонажа, реализующего это воздействие на больного (врач). Персонаж, который присутствует в периферической системе, — это не сам больной, но тот, с кем больному необходимо взаимодействовать для лечения и для легитимизации своего положения в обществе.

Расположение элементов «страх» и «плохое самочувствие» в потенциальной зоне изменения периферической системы, причем в той ее части, где сконцентрированы элементы, имеющие низкий ранг (объект ассоциируется с этими понятиями в первую очередь) и низкую частоту (этот элемент разделяется небольшой группой людей), может указывать на существование альтернативного представления, разделяемого меньшинством. В этом случае болезнь связывается с сильными эмоциональными переживаниями и физическим состоянием.

Как и в случае представления о здоровье, с учетом этимологии слова «болезнь» в русском языке, а также с учетом расположения элемента «слабость» в зоне ядра представления, связанной с историей группы, с коллективной памятью, с ее ценностями и нормами [Abric, 1993], представляется возможным говорить о том, что он наиболее *древний* среди

всех остальных составляющих представления о болезни, он в наибольшей степени коренится в русской культуре. У испытуемых нет прототипа болезни, в зоне ядра есть только симптомы болезни. Однако можно предположить, что объединение этих симптомов характеризует простудное или вирусное заболевание (как, например, ангина, грипп или ОРВИ).

В целом, понятия, составляющие ядро и периферию представления о болезни, объясняют 42,3% от всех высказанных ассоциаций. Невысокий процент согласованных элементов скорее всего указывает на существование у респондентов разнообразного индивидуального опыта. Для последующего анализа воспользуемся оставшимися ассоциациями, высказанными менее чем 5% респондентов.

Как и в случае представления о здоровье, мы переструктурировали эмпирический материал, ориентируясь на элементы, составляющие ядро представления. Процедура контент-анализа выполнялась два раза с двухмесячным перерывом тем же самым кодировщиком для проверки устойчивости получаемых результатов ( $\kappa_{\text{Козна}}$  составил 0,75). Рассмотрим полученные категории также с учетом ранга появления ассоциаций: *боль* (боль, головная боль, боль в горле) — 6,7%; *слабость* (слабость, плохое самочувствие, усталость, отсутствие сил, упадок сил, немощь, недуг и др.) — 13,8%; *не-активность* (кровать, постель, постельный режим и др.) — 6,3%; *температура* (температура, жар и др.) — 4,3%; *насморк-кашель* (насморк-кашель, простуда) — 3,2%. Кроме того, были выделены категории в соответствии с элементами периферической системы: *негативные эмоциональные проявления* (страх, тревога, грусть, плохое настроение, уныние и др.) — 15,1%; *лечение больного: агент воздействия, средства и способы*<sup>1</sup> (лекарства, врач, больница и др.) — 22%. Все перечисленные выше категории включают 71,4% ассоциаций с объектом «болезнь». Дополнительно мы выделили категории: *конкретные болезни*<sup>2</sup> (чума, рак, туберкулез, СПИД и др.) — 4,1%; *отношение общества к больным и с больными* (одиночество, зависимость, вызывает жалость и др.) — 5%. Объединение категорий дает нам возможность сопоставить данные с теми, что были получены по представлениям о здоровье.

Высокая представленность категории *лечение больного* в представлении, а также тот факт, что элементы, указывающие на способы лечения болезни, располагаются не в зоне ядра представления, а в периферической зоне, где интегрирован индивидуальный опыт респондентов, говорят в пользу вариативности и разнообразия способов лечения. Сход-

---

<sup>1</sup> В эту категорию мы включили способы лечения больного, а также самого агента, осуществляющего лечение, и социальные институты (например, больница, поликлиника).

<sup>2</sup> Эта категория была выделена нами специально, она позволяла проследить, какие конкретные болезни ассоциируются с объектом представления. Из семи конкретных болезней встречаются четыре — чума, рак, СПИД, туберкулез, т.е. болезни, которые в свою эпоху оказывались символом смерти. Однако они редко упоминались респондентами.

ное заключение можно сделать и в отношении категории *эмоциональные проявления*.

Социальный аспект болезни косвенным образом присутствует в представлении, болезнь вносит ограничения в жизнь человека, связывается с не-активностью, невозможностью работать, ограниченностью и препятствиями в выполнении деятельности, косвенным указанием на не-активность в зоне ядра в нашем случае, как и в других исследованиях [например: Galli, Fasanelli, 1995], является элемент «кровать».

Сравнение представлений о здоровье и болезни позволяет заметить, что периферическая система в первом случае включает большее количество элементов, чем во втором, что может говорить о большей вариативности индивидуального опыта, присутствующего в периферической системе. Сравнение категорий представлений показывает, что в случае болезни ни в зоне ядра, ни в периферической системе не присутствуют характеристики внешности больного (здоровье же имеет свои видимые черты, различимые внешне). Этот факт достаточно любопытен, так как болезни прошлого всегда связывались с какими-то видимыми отметинами на теле больного. И можно было бы предполагать, что на уровне коллективной памяти сохранились следы эпидемий. В нашем случае таких указаний обнаружено не было. Для того чтобы сделать определенные выводы, требуется проанализировать представления о самих больных.

В случае представлений о болезни в зоне ядра и периферической системе отсутствуют социально-психологические характеристики, в то время как в периферической системе представления о здоровье присутствуют позитивные социально-психологические характеристики. Физический аспект оказывается более значимым в случае представления о болезни ( $\phi$ -критерий<sup>\*1</sup> = -4,15), в то время как эмоциональный — в случае представления о здоровье ( $\phi$ -критерий\* = 1,72).

В представлении респондентов болезнь как бы оказывается менее разнообразным и комплексным явлением, чем здоровье. Возможно даже проводить некоторые параллели между этими результатами и тем, что было показано ранее в работах, проведенных в других культурах [например: Galli, Fasanelli, 1995; Herzlich, 1973]. В нашем случае мы усматриваем ряд объяснений этому явлению. С одной стороны, как отмечалось выше, здоровье, представляемое как то, что не требует объяснения, в то время как болезнь — это *событие*, имеющее определенную *причину* и требующее ее объяснения. Отсюда, вероятно, здоровье менее представлено в коммуникациях, чем болезнь. Вовлеченность в коммуникацию позволяет выработать упрощенную, более четкую структуру. С другой стороны, можно полагать, что болезнь является атрибутом,

---

<sup>1</sup> Здесь и далее  $\phi$ -критерий\* значим на уровне, не превышающем  $p < 0,05$ .

приписываемым аутгруппе, а здоровье — ингруппе. Как было показано в различных исследованиях, здоровье является той сферой, которая необходима для формирования позитивной идентичности [Crawford, 1994]. Отсюда, атрибут собственной группы представляется как имеющий более сложную и комплексную структуру, чем атрибут чужой группы. Наконец, если здоровье открывает перед человеком различные возможности, то болезнь, наоборот, вносит свои ограничения в жизнь человека, отсюда болезнь и представляется как менее сложный феномен, чем здоровье.

Любопытным нам видится тот факт, что среди составляющих потенциальной зоны изменений в случае представления о здоровье присутствует элемент «болезнь», а в случае представления о болезни элемент «здоровье» отсутствует. Местоположение и ранг появления этого элемента в представлении о здоровье указывает на то, что для какой-то группы меньшинства здоровье определяется через указание на болезнь, соотнесение с ней, что, вероятно, сходно с определением здоровья как вакуума, которое было выявлено в исследовании К. Эрзлиш [Herzlich, 1973]. Здоровье и болезнь в представлениях наших респондентов не являются зеркально противоположными феноменами в том смысле, что позитивная валентность некоторого атрибута в случае здоровья просто изменяется на негативный в случае болезни. В ядре представления о здоровье есть физическая, эмоциональная и поведенческая составляющие, в то время как в представлении о болезни — физическая и поведенческая.

В целом, полученные результаты дают нам основания говорить о том, что представления о здоровье и болезни кристаллизуются вокруг оппозиции «сила» — «слабость». Элемент «сила» оказывается наиболее *древним* и коренящимся в культуре по сравнению с другими элементами этой зоны. Аналогично, элемент «слабость» — в представлении о болезни. Оппозиция «активность» — «не-активность» присутствует в представлении, однако соответствующие элементы не располагаются в зоне ядер представлений, там есть косвенные указания на эту оппозицию (в случае здоровья сам элемент «активность» представлен в периферической части, но косвенным указанием на активность является спорт, движение, действия по поддержанию здоровья, в случае болезни — с не-активностью связан элемент «кровать»).

Любопытно, что в полученных результатах нами не было обнаружено каких-либо элементов, которые касались бы коллективной или индивидуальной ответственности за здоровье и болезнь (как это было показано в работах У. Флика и Б. Пико или в исследовании социологов, посвященном кросс-культурному исследованию проблем здоровья и болезни на примере финских и российских респондентов [Flick, 2000; Piko, 2004; Palosuo, Zhuravleva, Uutela, Lakomova, Shilova, 1995]). Воз-

можно, что косвенное указание на индивидуальную ответственность за здоровье и заключается в большой выраженности категории «способы и условия поддержания здоровья» в представлении и местоположении ее составляющих. Однако дальнейший анализ такого предположения требует дополнительного эмпирического исследования, возможно, с расширением выборки. Любопытно, что здоровье и болезнь практически не ассоциируются с психическим здоровьем и болезнью, тогда как студенты-психологи составили часть выборки в данном исследовании.

Полученные результаты дают нам основания принять предположение, согласно которому ключевыми элементами социального представления о здоровье являются характеристики поведения, связанного с поддержанием здоровья, позитивных эмоциональных проявлений и физического благополучия человека.

Другое предположение, согласно которому в социальном представлении о болезни ключевыми являются характеристики социальных отношений, негативных эмоциональных проявлений, физического неблагополучия, не может быть принято на основании полученных данных, так как если характеристики социальных отношений и представлены в зоне ядра косвенным образом, то элементы негативных эмоциональных проявлений не попадают в зону ядра представления.

Итак, мы выявили наиболее *древние* элементы в современном мышлении о здоровье и болезни, те, которые в наибольшей степени связаны с русской культурой, коренятся в ней и передаются из поколения в поколение. Теперь необходимо рассмотреть изменения социальных представлений о здоровье и болезни и проанализировать их специфику, а также проследить роль этих *древних* элементов в представлениях.

**Второй этап<sup>1</sup>.** Цель этого этапа, проведенного в 2006–2007 годах, заключалась в изучении особенностей динамики социальных представлений о здоровье и болезни в молодежной среде. Достижение этой цели предполагало описание и анализ структуры представлений о здоровье и болезни в молодежной среде, с последующим сопоставлением этих структур представлений с результатами, полученными в 2002 году. **Объектом** исследования были также студенты. Выборку составили студенты, обучающиеся различным специальностям в нескольких московских вузах, такая выборка соответствовала основным параметрам выборки первого этапа исследования. В исследовании приняли участие 210<sup>2</sup> студентов различных специальностей, в том числе студенты, совмещающие работу и учебу (170 женщин и 40 мужчин), в возрасте от

---

<sup>1</sup> Излагаемое здесь исследование осуществлено при финансовой поддержке, полученной автором в рамках программы «Гранты Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых» (проект МК-455.2007.6).

<sup>2</sup> Семь анкет были исключены из анализа в силу их частичной заполненности.

18 до 35 лет ( $M_{\text{возраста}} = 20,9$  лет,  $SD = 3,44$ ). **Предметом** исследования явились социальные представления о здоровье и болезни, а также особенности динамики этих представлений.

Мы исходили из предположения о том, что произошло изменение социальных представлений о здоровье и болезни, однако неизменной осталась оппозиция «сила» — «слабость», вокруг которой они кристаллизуются. Изменение представления о здоровье связывается с большей представленностью элементов, указывающих на способы поддержания здоровья. Изменение представления о болезни связывается с большей представленностью элементов, указывающих на способы лечения болезни.

Анкетирование было выбрано как основной **метод** сбора данных. Анкета состояла из 3 частей. В первой части нами использовалась методика свободных ассоциаций (по аналогии с тем, как это было реализовано на первом этапе, Исследование 1) для выявления представлений о болезни и здоровье. Во второй части был задан ряд дополнительных вопросов, касающихся предпринимаемых действий по поддержанию здоровья, факторов, угрожающих здоровью, а также групп, в которых обсуждаются проблемы здоровья и болезни. Наконец, испытуемым задавались социально-демографические вопросы. Для преодоления эффекта предъявления для половины испытуемых последовательность объектов была «здоровье» — «болезнь», а для другой — наоборот. Данные, полученные с помощью ассоциативной методики, анализировались по схеме, аналогичной той, что была использована в Исследовании 1 (сначала данные анализировались по методике П. Вержеса [Vergès, 1992], затем был предпринят контент-анализ всех полученных ответов).

**Описание и анализ результатов.** В результате анализа ассоциаций для каждого объекта была выявлена и описана структура представления. Всего респонденты предложили 1066 ассоциаций с объектом «здоровье», 1089 — с объектом «болезнь». В случае каждого объекта представления был составлен словарь, включающий 280 различных понятий в случае здоровья, а в случае представления о болезни он включал 311 понятий.

**Представления о здоровье.** *Зона ядра представления о здоровье* образована следующими элементами (табл. 6): спорт, сила, хорошее настроение, радость, правильное питание, счастье, хорошее самочувствие, красота, бодрость. В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения*, входят элементы: отсутствие болезней, врач, энергия, болезнь, прогулки, лекарства, благополучие, улыбка, здоровый образ жизни, жизнь, витамины. *Собственно периферическая система* представления образована понятиями: активность, свобода, сон, уверенность в себе, свежий воздух, отдых.

Как и в Исследовании 1, остановимся подробнее на элементах зоны ядра. Наиболее цитируемые элементы «спорт» и «сила» (они процитированы 68 и 48 испытуемыми соответственно). Элемент «спорт», с од-

ной стороны, указывает на движение, активность индивида, с другой — это способ поддержания здоровья. В структуре представления присутствуют и другие элементы, указывающие на способы и условия поддержания здоровья — правильное питание (*зона ядра*), прогулки, здоровый образ жизни, витамины (*в потенциальной зоне изменения*), а также свежий воздух, отдых, сон (*собственно периферическая система*).

Таблица 6

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о здоровье  
(Исследование 2)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации         |                                       |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
|                       | < 3,08                          | ≥ 3,08                                |
| ≥ 14,5                | Спорт (68; 2,54)                | Здоровый образ жизни (ЗОЖ) (23; 3,13) |
|                       | Сила (48; 2,31)                 | Жизнь (17; 3,65)                      |
|                       | Хорошее настроение (44; 2,64)   | Витамины (15; 4,47)                   |
|                       | Радость (41; 2,63)              |                                       |
|                       | Правильное питание (35; 3,03)   |                                       |
|                       | Счастье (34; 2,82)              |                                       |
|                       | Хорошее самочувствие (31; 2,23) |                                       |
|                       | Красота (24; 2,88)              |                                       |
|                       | Бодрость (23; 2,52)             |                                       |
| < 14,5                | Отсутствие болезней (14; 3,00)  | Активность (14; 3,14)                 |
|                       | Врач (13; 3,08)                 | Свобода (14; 4,21)                    |
|                       | Энергия (13; 3,08)              | Сон (13; 3,69)                        |
|                       | Болезнь (12; 2,92)              | Уверенность в себе (12; 4,08)         |
|                       | Прогулки (11; 2,64)             | Свежий воздух (10; 3,20)              |
|                       | Лекарства (10; 2,60)            | Отдых (10; 3,80)                      |
|                       | Благополучие (10; 2,8)          |                                       |
|                       | Улыбка (10; 3,00)               |                                       |

Четыре элемента зоны ядра касаются физических аспектов здоровья индивида — «сила», «хорошее самочувствие», «красота», «бодрость». На уровне представления здоровье — это «видимый» феномен, имеющий позитивно оцениваемые физические очертания — красоту. Конкретизация физической стороны здоровья в периферической системе реализуется через элементы «отсутствие болезней», «благополучие», «активность». В периферической системе обращает на себя внимание присутствие элемента «отсутствие болезней», т.е. для части

респондентов здоровье определяется не как наличие какого-то позитивного качества, но как противоположность болезни, простое ее отсутствие (по аналогии со «здоровьем-вакуумом» в исследовании К. Эрзлиш) [Herzlich, 1973].

В зоне ядра представления располагаются три аффективно окрашенных элемента — «хорошее настроение», «радость», «счастье». Другой элемент, который предлагается рассматривать как визуализацию позитивных эмоциональных проявлений, — «улыбка» содержится в потенциальной зоне изменения представления. Все указанные здесь понятия составляют 53,47% от всех высказанных ассоциаций.

Последующий анализ ассоциаций (встречающихся реже чем у 5% респондентов) с опорой на элементы зоны ядра<sup>1</sup> позволяет нам выделить следующие основные категории: *способы и условия поддержания здоровья* (спорт, правильное питание, прогулка, здоровый образ жизни, активность и др.) — 29,55%; *физическое благополучие здорового человека* (сила, бодрость, красота, хорошее самочувствие, отсутствие болезни и др.) — 22,51%; *позитивные эмоциональные проявления* (радость, хорошее настроение, счастье, веселье и др.) — 13,7%. Мы выделили дополнительные категории, которые связаны с элементами периферической системы: *болезнь и лечение больного: агент воздействия, способы и средства* (болезнь, врач, лекарства, больница и др.) — 5,91%, а также *социально-психологические характеристики, приписываемые здоровому человеку* (уверенность в себе, беззаботность, жизнерадостность и др.) — 3,53%. В переструктурированном виде категории, образованные на основе элементов зоны ядра, объясняют 76,1% от всех высказанных ассоциаций.

В целом, ключевыми составляющими представления о здоровье являются указания на способы и условия поддержания здоровья, на физическое благополучие и активность и внешность здорового человека, а также на позитивные эмоциональные проявления.

**Представления о болезни.** В число элементов зоны ядра представления о болезни попадают следующие (табл. 7): боль, температура, больница, слабость, плохое самочувствие. В число элементов периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения, входят элементы: смерть, страх, недомогание, плохое настроение, таблетки, лекарства, врач, кровать, усталость. Собственно периферическая система представления образована понятиями: кашель-насморк, сонливость, уколы, скука. Все эти понятия составляют 48,5% от всех высказанных ассоциаций.

---

<sup>1</sup> В этом случае элементы зоны ядра выступают группообразующими. Контент-анализ выполнялся дважды с двухмесячным перерывом ( $\kappa_{\text{Козна}}$  составил 0,69).

Таблица 7

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о болезни  
(Исследование 2)**

| <b>Частота<br/>ассоциации</b> | <b>Средний ранг ассоциации</b> |                           |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
|                               | <b>&lt; 3,15</b>               | <b>≥ 3,15</b>             |
| <b>≥ 24,5</b>                 | Боль (80; 2,95)                | Лекарство (46; 3,20)      |
|                               | Температура (45; 2,86)         | Врач (41; 3,49)           |
|                               | Больница (44; 2,91)            | Кровать (30; 4,13)        |
|                               | Слабость (38; 2,11)            | Усталость (26; 3,31)      |
|                               | Плохое самочувствие (31; 2,55) |                           |
| <b>&lt; 24,5</b>              | Смерть (23; 3,09)              | Кашель-насморк (19; 3,16) |
|                               | Страх (22; 2,73)               | Сонливость (12; 4,33)     |
|                               | Недомогание (16; 2,56)         | Уколы (10; 3,60)          |
|                               | Плохое настроение (16; 2,75)   | Скука (10; 4,20)          |
|                               | Таблетки (15; 2,67)            |                           |

Подробное рассмотрение результатов показывает, что болезнь чаще всего ассоциировалась с физическими симптомами болезни — «болью» и «температурой» (80 и 45 респондентами соответственно). Другие физические составляющие зоны ядра представления о болезни — «слабость» и «плохое самочувствие». В потенциальной зоне изменения — «недомогание» и «усталость». Элемент «слабость» связан с «недомоганием», понятием, указывающим на отсутствие силы у больного. Элемент «кровать» опять же может быть проинтерпретирован двояко: как косвенное указание на слабость, отсутствие сил, а также на неактивность, ограниченность движения и действия. Наконец, в собственно периферической системе физическая сторона болезни представлена элементами — «кашель-насморк», «сонливость».

Последний элемент зоны ядра представления — «больница» — указывает на условия лечения болезни, конкретизируется в периферии с помощью элементов «таблетки», «лекарство», «врач» (потенциальная зона изменений) и «уколы» (собственно периферическая система). Присутствие именно этого элемента в зоне ядра может трактоваться двояко: с одной стороны, это, вероятно, указание на определенный социальный контекст, в котором происходит лечение больного, и взаимодействие с врачом. С другой — элемент «больница» может указывать на то, что прототипической болезнью является та, которая сопровождается тяжелым состоянием больного, требующим помещения его в стационар.

Большая часть элементов зоны ядра включает в себе указание на физические проявления болезни. Эмоциональные проявления, связан-

ные с болезнью, могут быть элементами ядра представления в группе меньшинства, на это указывает местоположение элементов. Кроме того, если считать, что левый нижний квадрат таблицы отражает позицию подгруппы меньшинства, то получается, что представление о болезни достаточно драматично, ибо там присутствуют в первую очередь такие элементы, как смерть и страх.

Переструктурирование эмпирического материала посредством процедуры контент-анализа<sup>1</sup>, где использовались составляющие зоны ядра для образования основных категорий, дает нам следующие результаты: *физические симптомы болезни и состояние больного* (боль, слабость, температура, плохое самочувствие, недомогание, усталость, кашель-насморк, вялость и др.) — 32,14%, *лечение больного: агент воздействия, средства и способы* (больница, таблетки, лекарство, врач, уколы, шприц, операция и др.) — 20,2%, *негативные эмоциональные проявления* (страх, плохое настроение, скука, грусть, печаль и др.) — 14,8%, *не-активность* (постель, постельный режим, ограничение в активных действиях и др.) — 6,98%.

В целом, ключевыми составляющими представления о болезни являются указания на физические симптомы и состояния больного, на лечение больного (агент воздействия, средства и способы). С учетом элементов периферической системы в представлении присутствуют указания на негативные эмоциональные переживания, а также на не-активность больного, однако эти категории касаются индивидуального опыта в отношении болезни.

Как и в исследовании 2002 года, представления о здоровье и болезни сформированы вокруг оппозиции «сила» — «слабость». Этот результат указывает на устойчивость соответствующих элементов в представлениях. В дополнение к этому отметим, что сила является одним из ключевых составляющих представлений о здоровье в исследовании, проведенном с помощью отличающегося методического инструментария, а также на представителях других возрастных групп и других регионов России [Васильева, Филатов, 2005; Туманов, 2003].

Оппозиция «активность» — «не-активность» также присутствует в представлениях о здоровье и болезни соответственно, однако положение этих элементов в представлениях позволяет говорить о второстепенной роли в связи с формированием представлений.

Сравнение представлений о здоровье и болезни в данном исследовании показало, что по аналогии с результатами Исследования 1 на уровне представлений здоровье более сложное явление, чем болезнь (в случае здоровья ядро и периферия состоят из большего числа элементов, чем в случае болезни). Кроме того, статистический анализ частот элементов ядра и периферии представлений показывает, что пред-

---

<sup>1</sup>  $\kappa_{\text{Кюзна}}$  составил 0,74.

ставление о болезни более согласованное, чем представление о здоровье ( $Z = 1,34$ ,  $P = 0,056$ ). Физический аспект оказывается более выраженным в случае представления о болезни ( $\phi$ -критерий\* =  $-5,04$ ).

Анализ ответов на вопросы, касающиеся групп, в которых обсуждаются проблемы здоровья и болезни, показывает, что чаще всего эти проблемы обсуждаются с родителями (70,9%), а также с друзьями (65,5%) и врачами (45,3%).

Угроза здоровью человека, с точки зрения наших респондентов, исходит в первую очередь извне — это неблагоприятная экология (49,75%); во вторую очередь она исходит от самого человека, является следствием его определенного поведения — вредных привычек, среди которых зачастую указывается употребление наркотиков (45,3%), несколько реже упоминается нездоровый образ жизни в целом (15,8%) или делается общее указание на невнимание к самому себе (26,6%). Стресс, несчастные случаи, наследственность и вирусы представляются как менее угрожающие здоровью человека теперь (соответственно: 23,64%, 12,8%, 8,4%, 7,1%). Среди способов поддержания здоровья чаще всего отмечались занятия спортом и диета (43,8% и 43,35% соответственно).

Сравнение структур одноименных представлений, выявленных в двух исследованиях (Исследование 1 и Исследование 2), показывает, что способы и условия достижения и поддержания здоровья, физическое благополучие здорового человека, а также позитивные эмоциональные проявления оказываются ключевыми составляющими представления о здоровье в обоих исследованиях. Более подробный анализ зон ядра представления, однако, указывает на частичное совпадение элементов в этих частях представлений о здоровье (спорт, красота, сила, радость, бодрость). Наибольший интерес для нас представляет факт устойчивости элемента «сила», который, как мы проследили на основе этимологии слова «здоровье», в наибольшей степени коренится в русской культуре.

Остальные элементы этой части представления не совпадают. Так, элементы «хорошее самочувствие», «хорошее настроение», «правильное питание» и «счастье» в Исследовании 2 также присутствовали в структуре представления в Исследовании 1, но теперь они являются частью ядра, а ранее они находились в периферической системе. Наибольший интерес для нас представляет появление в ядре представления элемента «правильное питание», т.е. теперь здесь есть два элемента, указывающих на способы поддержания здоровья: «спорт» и «правильное питание». Элемент «жизнь», который был в зоне ядра в Исследовании 1, переместился в потенциальную зону изменения представления (Исследование 2). Таким образом, с точки зрения структурного подхода теории социальных представлений [Abric, 2001, 2003] эти несовпадения в структуре ядра позволяют нам говорить об изменении представлений о здоровье.

Любопытный факт мы также обнаруживаем на уровне периферической системы, той части представления, которая интегрирует индивидуальный опыт подвижной части представления. Если в Исследовании 1 в ядре представления присутствуют элементы, указывающие на различные действия и условия, необходимые для поддержания здоровья, однако само понятие «здоровый образ жизни» используется крайне редко (только для 6 респондентов здоровье ассоциируется со здоровым образом жизни), то в Исследовании 2 это понятие ассоциируется 11,33% респондентов, теперь этот элемент находится в потенциальной зоне изменения представлений. Это понятие в последнее время достаточно широко используется в коммуникациях на различном уровне, в том числе в общественном дискурсе на уровне СМИ. Присутствие этого понятия в представлении, вероятно, предполагает выполнение ряда мер по поддержанию здоровья, системы поведения, которые выполняются с определенной долей регулярности. В пользу этого предположения говорит и тот результат Исследования 2, что среди факторов, угрожающих здоровью человека, присутствует указание на не ведение здорового образа жизни. Таким образом, едва ли не основная угроза здоровью человека коренится в особенностях стиля его жизни<sup>1</sup>. Сравнение представленности категорий, образующих представление о здоровье в каждом исследовании, показывает, что представление о здоровье в обоих случаях образовано такими категориями, как физическое благополучие, способы поддержания и продвижения здоровья, позитивные эмоциональные проявления, болезнь и ее лечение, а также позитивные социально-психологические характеристики, приписываемые субъекту. В Исследовании 1 в представлении о здоровье присутствует также категория «жизнь».

Сопоставление объема этих категорий свидетельствует об увеличении выраженности категории «способы поддержания здоровья» в представлении о здоровье ( $\phi$ -критерий\* = -5,73), наиболее согласованными элементами этой категории являются «спорт» и «правильное питание». Остальные же элементы располагаются в периферической системе и отражают разнообразие индивидуальных способов по поддержанию здоровья. Этот факт дает нам основания принять наше изначальное предположение об изменении представления о здоровье, а именно о большем значении способов поддержания здоровья в представлении о нем.

Сравнение представлений о болезни обнаруживает сходство составляющих их категорий (физические симптомы болезни, способы и средства ее лечения, а также негативные эмоциональные проявления и не-активность). В обоих случаях содержательно наиболее важными категориями являются указания на физическое неблагополучие боль-

---

<sup>1</sup> Детальному рассмотрению того, как представлен здоровый образ жизни в быденном сознании, будет посвящена заключительная глава данной работы.

ного. Однако в Исследовании 2, кроме этой категории, ключевой оказывается категория «лечение больного: агент воздействия, средства и способы». В дополнение к этому совпадающими элементами ядра представлений в обоих исследованиях являются «боль», «слабость», «температура». Местоположение остальных элементов различно. Несовпадение элементов ядра указывает на различие представлений, что позволяет нам говорить об изменении представлений о болезни. Сравнение объема соответствующих категорий, образующих представления о болезни, указывает на увеличение объема этой категории в представлении о болезни (ф-критерий\* = -1,85).

Важным результатом, полученным нами в обоих исследованиях, является факт устойчивости элемента «слабость». Как было показано на основе этимологии слова «болезнь», этот элемент в наибольшей степени коренится в русской культуре.

Любопытно также заметить, что элемент «усталость», указывающий на социальный контекст представления о болезни, теперь переместился из собственно периферической зоны в потенциальную зону изменения представления. Это перемещение не сказывается на изменении самого представления, однако ее объем значительно увеличился (ф-критерий\* = -2,13), т.е. на уровне индивидуального опыта этот элемент стал более *выпуклым*.

Таким образом, мы проанализировали представления о здоровье и болезни в группах молодежи. Было показано, что эти представления кристаллизуются вокруг соответствующего элемента оппозиции «сила» — «слабость». Мы также рассмотрели особенности изменений представлений. Сопоставим наши результаты с теми, что были получены в других культурах. Оппозиция «активность» — «не-активность» тоже присутствует в представлениях, однако ее роль отличается от той, что была показана в работах К. Эрзлиш (1973) и И. Галли и Р. Фазанелли (1995). Основопологающей оппозицией в нашем случае является «сила» — «слабость».

Достаточно интересен тот факт, что в наших результатах мы не обнаруживаем в представлениях о здоровье и болезни каких-либо элементов, указывающих на психическое здоровье или болезнь, как это было получено в работе К. Насименто-Шульце с коллегами [Nascimento-Schulze, Fontes Garcia, Costa Arruda, 1995]. Получается, что на уровне представлений здоровье и болезнь имеют физический, эмоциональный и социальный аспекты, но не связываются с психическим здоровьем, хотя частью наших респондентов являлись студенты-психологи.

В представлении отсутствуют элементы, связанные с рефлексией индивида в отношении собственного здоровья или индивидуальной ответственностью за него (по аналогии с результатами исследований, проведенных в странах Восточной Европы или в Восточной части Германии после объединения) [Flick, 2000]. Однако тот факт, что угроза здоровью объясняется респондентами во многом невниманием челове-

ка к собственному здоровью, может рассматриваться как результат, перекликающийся с восточноевропейскими результатами. В любом случае у нас пока нет достаточных оснований для того, чтобы говорить о том, что индивидуальная ответственность оказывается составляющей представлений о здоровье.

Вернемся еще раз к факту, полученному в работах по изучению ценностей на основе использования методики С.Шварца на российской выборке [Белинская, 2005; Тихомандрицкая, 2000], где здоровье как ценность оказывается в одной группе с ценностями достижения в противоположность данным, полученным в западной культуре, где здоровье принадлежит категории безопасности. Возможно, что выраженность категории способы и условия поддержания здоровья в представлении о здоровье отчасти объясняет эти различия в ценности, приписываемой здоровью. Получается, что здоровье не является некоторой данностью, оно требует приложения определенных усилий, выполнения поведения, реализации каких-то действий.

Проанализировав представления о здоровье и болезни с точки зрения их устойчивых и изменчивых составляющих, обратимся теперь к анализу представлений о СПИДе, новой опасной болезни, динамику представлений о которой можно проследить на материале серии эмпирических исследований. Рассмотрение представлений о конкретной болезни позволяет нам не только говорить о том, как происходит формирование и трансформация представлений о СПИДе, но и получить, с одной стороны, дополнительную информацию в отношении представлений о здоровье и болезни, с другой — предоставит возможность сопоставить представление о болезни в целом с представлением о конкретной болезни (будь то СПИД или рак).

#### **4.2. Рождение нового представления**

Исследуя представления о СПИДе, остановимся кратко на ситуации возникновения этой болезни и на ее истории. Хотя сам объект представлений относительно новый, тем не менее практически с момента своего появления и распространения СПИД является социальной проблемой, ассоциирующейся с достаточно сильными негативными аффективными проявлениями. Этот факт, предположительно, будет сказываться на том, какова роль коллективной памяти в представлениях о СПИДе.

Рассматривая в первой главе то, как изменялись представления о здоровье и болезни в исторической перспективе, мы говорили о проблеме СПИДа и о том, как сложилась ситуация применительно к западным странам. Здесь речь пойдет о ситуации в России, где возникновение и распространение эпидемии СПИДа имело свою специфику. Дело в том, что благодаря тому, что страна находилась в условиях социальной и сексуальной изоляции, ВИЧ пришел в СССР позже, чем на Запад [Кон, 1997], однако потом его эпидемия у нас стала развиваться по одному из

самых драматических сценариев, аналогично тому, как это стало происходить и в других странах Восточной Европы [Goodwin, Realo, Kwiatkowska, Kozlova, Nguyen Luu, Nizharadze, 2002]. Первые случаи СПИДа были зафиксированы в СССР в 1987 году, т.е. на шесть лет позже, чем в США, где первые случаи были выявлены в 1981 году. Все эти годы в западных странах проблема СПИДа была представлена на уровне публичного дискурса и стала достаточно медиатизированным явлением, широко реализовывались превентивные кампании, направленные на информирование различных групп населения как о самой болезни, так и о больных. Кроме того, был выявлен сам вирус, а также стали вестись клинические исследования в области поиска терапии и разработки вакцины против ВИЧ. Широко стал использоваться анализ крови для выявления вируса иммунодефицита. Словом, различные группы общества оказались мобилизованы тем или иным образом на борьбу с болезнью.

Признание болезни в качестве реальной угрозы в России произошло позже. Сначала эта болезнь считалась чем-то иностранным, связанным с Африканским континентом, прогрессом науки (генной инженерией или военными разработками в лабораториях Пентагона<sup>1</sup>), — словом, *их* болезнь не касалась советских граждан, она приписывалась другим группам... Первые случаи ВИЧ-инфекции были рассмотрены как результат аморальности ее носителей. И этот факт достаточно психологичен в том смысле, что конструкт «мораль—здоровье» активизируется в определенные *сензитивные периоды*, в эпоху хаоса, кризиса, сильного потрясения. Опять же, в исторической перспективе несложно заметить *выпуклость* этого конструкта (эпидемии чумы, холеры, сифилиса и других болезней неизбежно сопровождались обращением к «морали» как способу защиты от больных). Как утверждает П. Розин [Rozin, 1999; Rozin, Nemeroff, 1990], морализация сопровождается переживанием отвращения по отношению к объекту этой морализации, а также соответствующим действием или интенцией к его выполнению. По сути, функция эмоции отвращения в данном случае заключается в защите социального порядка. Отвращение — это предкогнитивный ответ на целый спектр воздействий [Royzman, Sabini, 2001].

Однако случаи массового заражения детей в медицинских учреждениях (сначала в Калмыкии, а затем в Ростовской и Волгоградской областях, Ставропольском крае) в конце 1980-х годов указали на иные грани этой болезни [Культурные аспекты профилактики и борьбы..., 2003], хотя кампании по информированию о СПИДе были предприняты только в конце 90-х годов.

---

<sup>1</sup> Аналогичные объяснения происхождения СПИДа были получены в исследованиях по представлениям о СПИДе в различных странах [Paicheler, Quemin, 1994; Joffe, Bettega, 2003].

С распространением СПИДа в поле публичного дискурса неизбежно попали темы, которые раньше оказывались вне открытых дебатов. В первую очередь это касается сексуальности и сексуальных отношений. В западных странах с появлением СПИДа в публичном дискурсе неизбежно оказались темы, связанные не только с гомосексуальностью, но и с построением отношений в гетеросексуальных парах, с вхождением сексуальности в эпоху СПИДа, с необходимостью объяснить молодому поколению опасность СПИДа и научить его поведению, которое позволило бы избежать заражения болезнью.

Запоздалая дискуссия о болезни в России, а также о превентивных мерах отчасти объяснима тем, что один из путей заражения СПИДом связан с сексуальными отношениями. Вопросы, касающиеся сферы сексуальности и сексуальных отношений (гетеро- и гомосексуальных), оказывались вне публичного дискурса до определенного момента. Так, И. С. Кон, анализируя особенности развития сексуальной культуры в России, предлагает различать четыре этапа с 1917 по 1997 год [Кон, 1997]. **На первом этапе (с 1917 по 1930)** отмечается дезорганизация традиционного брачно-семейного уклада. Кроме того, здесь можно констатировать социальную эмансипацию женщин, ослабление института брака, резкое увеличение числа аборт, рост проституции и венерических заболеваний, а также выраженную нормативную неопределенность в отношении сексуальности. **На втором этапе (с 1930 по 1956)**, как отмечает И. С. Кон, можно констатировать «торжество тоталитаризма». Специфическим для этого этапа является курс на укрепление брака и семьи командно-административными методами, установление тотального контроля над личностью, отрицание, в крайнем варианте — подавление сексуальности, сведение на нет сексуальной культуры. **На третьем этапе (с 1956 по 1986)** проглядывает смена тоталитаризма авторитаризмом, что сопровождается постепенным расширением сферы индивидуальной свободы, а также переходом от командно-административных методов защиты брака и семьи к морально-административным. Здесь можно говорить о переходе от прямого отрицания и подавления сексуальности к политике ее регулирования и приручения, к попыткам медиализации и педагогизации сексуальности. Наконец, **на четвертом этапе (с 1987 по 1997)** основным является крах советского режима, сопровождающийся ослаблением государственной власти и всех форм социального и идеологического контроля. Теперь, как отмечает И. С. Кон, «секс вышел из подполья». В результате — возникла моральная паника, политизация, вульгаризация, коммерциализация. Здесь можно отметить как первые шаги по возрождению сексуальной культуры, так и о новой волне сексофобии. Очевидно, что вопросы, связанные с сексуальными отношениями, гомосексуализмом (который еще в 1980-е годы связывался с уголовным преступлением, с психическими отклонениями), едва ли могли получить широкое обсуждение в

начале 1990-х годов. Помимо тематики сексуальных отношений, с распространением СПИДа на уровне публичного обсуждения появились и другие «новые» проблемы: наркомания и проституция. Очевидно, что замалчивание этих явлений лишь способствовало росту эпидемии СПИДа. Только в конце 1990-х годов проблемы СПИДа наконец-то вышли на уровень публичного обсуждения в России. Хотя масштаб освещения проблемы и дискуссии по этому поводу все равно не достигли того, что наблюдалось в Западной Европе или Северной Америке. Материалы, освещающие проблемы СПИДа, едва ли занимали первые страницы газет (за исключением 1 декабря и ситуации 1991 года, когда по халатности врачей были заражены дети в трех городах). Безусловно, принимались соответствующие законы на высоком государственном уровне, однако в публичные дискуссии и дебаты по проблемам СПИДа политические или общественные деятели практически не вовлекались, вплоть до 2006 года (!), когда возникли разногласия в отношении способов борьбы с эпидемией. Тем не менее эти разногласия не привели к широкому обсуждению проблем СПИДа в массмедиа, к расслоению позиций на уровне общественного дискурса.

С конца 1990-х годов стали проводиться первые информационные кампании. Так, основной лозунг первой кампании 1997 года был «Безопасный секс — мой выбор», а 1999-го — «Разумный человек — разумный выбор». За ними последовали и другие кампании по информированию: «Эта мелочь защитит обоих» в 2000-м и «Важно быть защищенным» — в 2001-м (Культурные аспекты профилактики и борьбы..., 2003)<sup>1</sup>.

На настоящий момент проведено 6 кампаний по безопасному сексу (Кампании в СМИ по безопасному сексу и кампании солидарности с ЛЖВС, «СПИД Фонд Восток—Запад»). Все они были направлены на информирование о СПИДе и превентивных мероприятиях (особый акцент делался на использование презервативов), но не на вопросы солидарности с больными СПИДом / ВИЧ-позитивными, сосуществования с ними, как это было в большинстве западных стран<sup>2</sup>. Только в 2004 году была проведена первая кампания по солидарности с людьми, живущими с ВИЧ, а ведь с момента фиксации первых случаев СПИДа на территории РФ прошло уже 17 лет. Как мы говорили в первой главе данной книги, специфика эпидемии СПИДа заключается в том, что наряду с эпидемией самой болезни происходит эпидемия стигматизации и дискриминации ВИЧ-позитивных и больных СПИДом. Отсюда очевидна

---

<sup>1</sup> Для сравнения заметим, что к моменту проведения первой кампании в России в западных странах уже стали использоваться комплексные терапии для стабилизации состояния ВИЧ-позитивного. Этот факт, насколько позволяют судить исследования [Herzlich, 2002; Moulin, 2006], трансформировал отношение к СПИДу и ВИЧ-позитивным.

<sup>2</sup> Кампании по солидарности с больными / ВИЧ-позитивными в странах Западной Европы и США были предприняты еще в конце 1980-х годов, одновременно с кампаниями по использованию презервативов.

не только важность, но необходимость реализации мер, направленных на дестигматизацию больных и ВИЧ-позитивных.

Стоит отметить, что в Москве проводится альтернативная кампания по борьбе со СПИДом. Среди ее основных лозунгов «Безопасного секса — нет!», «Настоящее чувство и верность любимому человеку — единственная защита от СПИДа» (Городская комплексная программа «АнтиВИЧ/СПИД»). Одновременное широкое проведение двух кампаний с прямо противоположной информацией в отношении способов превентивных мер, вероятно, ставит в тупик представителей тех групп, кому была адресована эта информация.

Полномасштабные комплексные исследования СПИДа, хотя бы на основе использования методики КАВР (знания, аттитюды, убеждения, поведение) по аналогии с предпринятыми в западных странах еще с 1987 года [Gremy, Beltzer, Echevin, 2001; Moatti, Dab, Pollak, 1990, 1992; Moatti, Grémy, Obadia, Bajos, Doré, 1995], которые позволяют сравнить тенденции об информированности различных групп населения в отношении СПИДа и путей его распространения, отсутствуют до настоящего времени<sup>1</sup>. Безусловно, можно критиковать сам подход, который не учитывает того положения, что знания и аттитюды имеют достаточно ограниченное влияние на поведение. Об этом свидетельствует анализ подходов к здоровью и болезни, изложенный во второй главе. Любопытные результаты, также подтверждающие это утверждение, были получены в демографических исследованиях, проведенных среди респондентов-мужчин, имеющих секс с мужчинами [Амирханян, 2004]. Так, высокий уровень знаний о болезни среди респондентов сочетался с так называемыми «мифами», «заблуждениями»: половина респондентов считали, что можно отказаться от презерватива, если партнер утверждает о собственном негативном статусе; 46% опрошенных считали, что принятие душа после проникающего сексуального контакта снижает риск передачи ВИЧ и пр. Тем не менее даже исследования, способные отразить динамику информированности о знаниях — аттитюдах — убеждениях — поведении, могли бы быть любопытной стартовой точкой для нашего собственного исследования.

В целом, исследования проблем СПИДа в рамках социальных наук явно малочисленны. В подтверждение сказанному приведем позицию, отраженную в аннотации к работе «Демография ВИЧ», появившейся в 2004 году. Так, авторы подчеркивают, что требуется значительное углубление исследовательской работы как в области динамики эпидемии СПИДа, так и в области ее социальных, демографических и иных де-

---

<sup>1</sup> Хотя в 2003 году и было предпринято первое исследование по этой методике (Основные результаты количественного исследования «Информированность о ВИЧ-инфекции, СПИДе и отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом», 2003), однако информация по стране в целом пока отсутствует.

терминант и последствий. В этой связи в цели этой работы входит привлечение интереса к проблеме СПИДа у *немедицинской части научного сообщества* (выделено авт. — И.Б.), а также вынесение проблемы ВИЧ/СПИД на более широкую дискуссионную площадку.

Необходимость именно таких исследований очевидна, так как по данным ВОЗ, в течение последних лет в РФ был зафиксирован резкий рост зарегистрированных случаев инфицирования ВИЧ [Амирханян, 2004; Денисов, Сакевич, 2004; Доклад о глобальной эпидемии..., 2002; Покровский, 2004]. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ<sup>1</sup>, общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в РФ на 31 июля 2008 года составляет 438 513 человек.

Причем даже эти официальные данные, вероятно, значительно меньше реального числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. В докладе о глобальной эпидемии СПИДа в 2006 году отмечалось, что это число скорее ближе к 940 тыс. [Доклад о глобальной..., 2006].

Очевидно, что специфика ситуации, сложившейся в России в связи с появлением и распространением СПИДа, с неизбежностью отразилась как на процессе формирования представлений о СПИДе и больных СПИДом, так и на их содержании. В свою очередь эти представления регулируют поведение индивидов, а также их действия в отношении с больными.

Основная цель излагаемого здесь исследования заключалась в анализе динамики представлений о СПИДе и больных СПИДом. В данной главе мы рассмотрим динамику представлений о СПИДе. Остальная часть результатов, касающаяся динамики представлений о больных, будет изложена в следующей главе.

В литературе часто указывается на то, что с открытием комплексных терапий изменилось отношение к СПИДу и ВИЧ-позитивным [Herzlich, 2002; Moulin, 2006]. В то же время в русле теории социальных представлений отсутствуют работы, позволяющие оценить динамику представлений, которая, вероятно, обусловлена появлением этого нового научного знания и практики стабилизации состояния больного. В нашей работе мы не ставили своей задачей выявление причин изменений, но исследование самих изменений. В соответствии с этим мы разработали два этапа исследования: первый был выполнен в 1998–1999 годах, второй — в 2006–2007 годах. Посредством сравнительного анализа представлений предполагалось проследить динамику представлений.

*Первый этап.* Наше исследование является одной из первых социально-психологических работ по проблематике СПИДа на российской выборке. Его основной *целью* было изучение представлений молодежи о СПИДе. Предполагалось выяснить, как молодежь представляет себе пути заражения и возможность излечения от болезни.

---

<sup>1</sup> Данные приводятся на сайте «СПИД Фонд Восток–Запад» ([www.afew.org](http://www.afew.org)).

В наши дополнительные цели входило выявление представлений молодежи о раке, сравнительный анализ представлений о СПИДе и раке (причин болезней, симптомов, контролируемости болезни), а также анализ того, как строятся коммуникации в отношении каждой болезни.

Идея сравнительного анализа имеет под собой определенные основания. Дело в том, что «в течение нескольких поколений смерть от рака воплощала общую идею смерти и поражения. Сегодня главный враг жизни и надежды — СПИД» [Sontag, 1989. С. 21]. В начале эпидемии СПИДа новая болезнь обозначалась как «рак геев», в результате этого метафорического использования рака для указания на СПИД последний наделялся чертами уже известной болезни. Наряду с этим мы предпринимаем сравнение представлений о «старой» и «новой» болезнях, представляющих серьезную угрозу для человечества в силу своего *сопротивления* излечению. Наконец, в ряде зарубежных работ отмечается, что благодаря разработкам в области медицины, а также фармакологии рак и СПИД из исключительно смертельно опасных болезней превратились в хронические, они более не символизируют трагической судьбы индивида [Herzlich, 2002; Moulin, 2006]. Однако этим теоретически обоснованным положениям требуются соответствующие эмпирические факты.

**Объектом** исследования выступали представители различных молодежных групп. В нем участвовали представители различных молодежных групп Москвы в возрасте от 17 до 35 лет ( $M_{\text{возраста}} = 21$  год,  $SD = 3,79$ ). Всего в исследовании приняли участие 210 респондентов<sup>1</sup> (62 мужчины и 145 женщин), 102 из них приняли участие в исследовании, посвященном изучению представлений о СПИДе, и 100 — в исследовании представлений о раке. **Предметом** исследования явились социальные представления молодежи о болезни (СПИДе и раке).

Мы исходили из следующих предположений. Во-первых, обе болезни считаются как смертельно опасными, однако в случае СПИДа болезнь представляется как проблема социального порядка, а в случае рака — как проблема медицинского порядка. Во-вторых, представление о контролируемости болезни различается в случае СПИДа и рака, т.е. СПИД представляется как контролируемая болезнь, а рак — как неконтролируемая.

Для проверки выдвинутых предположений был выбран *метод* анкетирования. Респондентам предлагалось принять участие в исследовании по изучению представлений о болезни (СПИД или рак) и больных<sup>2</sup>. Анкета состояла из 5 частей и содержала открытые и закрытые вопросы, идентичные в случае обоих заболеваний. Преобладание открытых вопросов было направлено на сбор качественной информации и анализ содержа-

---

<sup>1</sup> Из анализа были исключены 8 частично заполненных анкет.

<sup>2</sup> Напомним еще раз, что исследование было направлено на изучение представлений о болезнях и больных, однако мы изложим результаты, касающиеся представлений о больных, в следующей главе.

ния представлений о болезни и больных. *Первая часть* касалась общей заинтересованности респондентов проблемами здоровья<sup>1</sup> и болезни. *Вторая часть* была направлена на выявление представлений о болезни (СПИД и рак), симптомах, путях заражения и возможности их контроля, способах излечения. Для выявления представлений использовалась методика свободных ассоциаций. Респондентов просили дать ассоциации с соответствующим объектом — «СПИД» или «рак». В этой же части респондентов просили указать источники информации о заболевании и группы, в которых эти вопросы обсуждаются. *Третья часть* касалась представлений о больных и здоровых, предлагалось описать их и указать, что является наиболее важным или проблематичным для них. *Четвертая часть* была направлена на изучение восприятия «кампаний»<sup>2</sup> по профилактике заболевания раком или СПИДом. Респондентам предлагалось припомнить рекламные кампании по каждому из заболеваний и указать запомнившиеся моменты. *Пятая часть* касалась личного знакомства с больными, а также социально-демографической информации. Основному исследованию с помощью использования данной анкеты предшествовало пилотажное исследование на 30 респондентах, на основе которого мы изменили порядок вопросов во второй и третьей частях, а также подкорректировали формулировки самих вопросов.

Полученная информация была обработана с помощью контент-анализа ответов на открытые вопросы и статистического анализа ответов на закрытые вопросы. Кроме того, данные, полученные на основе использования ассоциативной методики, были обработаны с помощью прототипического анализа П. Вержеса [Vergès, 1992]. Эта методика использовалась нами в серии эмпирических исследований, изложенных выше.

Многоуровневость анализа представлений достигается за счет использования шкал, за счет количественных и качественных приемов анализа данных, полученных с помощью ассоциативных методик и открытых вопросов, а также за счет двухэтапного исследования.

**Описание и анализ результатов. Представления о СПИДе.** В результате анализа ассоциаций была выявлена и описана структура представления. Всего респонденты предложили 426 ассоциаций. Был составлен словарь, включающий 130 различных понятий. В число элементов *зоны ядра представления о болезни* попадают следующие (табл. 8): смерть, болезнь, наркотики, шприц, страх, секс. В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения,*

---

<sup>1</sup> Вопросы, касающиеся восприятия здоровья и здоровых людей, были нужны для сбора необходимой для анализа контрольной информации.

<sup>2</sup> Эти вопросы были намеренно сформулированы таким образом, чтобы выявить осведомленность и отношение респондентов к отдельным материалам по проблемам СПИДа и рака, появляющимся в СМИ.

Таблица 8

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о СПИДе  
(Исследование 1)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации  |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | < 3,16                   | ≥ 3,16                   |
| ≥ 9                   | Смерть (65; 1,82)        | Кровь (16; 3,44)         |
|                       | Болезнь (28; 2,32)       | ВИЧ (11; 3,27)           |
|                       | Наркотики (20; 2,25)     | Презервативы (10; 3,20)  |
|                       | Шприц (19; 2,47)         | Безысходность (9; 3,67)  |
|                       | Страх (18; 2,72)         | Боль (9; 4,11)           |
|                       | Секс (18; 3,06)          |                          |
| < 9                   | «Чума XX века» (7; 2,71) | Обреченность (7; 4,43)   |
|                       | Проституция (5; 2,60)    | Гомосексуализм (6; 3,33) |
|                       | Ф. Меркури (5; 2,80)     | Ужас (5; 3,4)            |
|                       |                          | Наркомания (5; 3,8)      |
|                       |                          | Отверженность (5; 4,60)  |

входят элементы: «чума XX века», проституция, Ф. Меркури, а также кровь, ВИЧ, безысходность, презервативы, боль.

Наконец, *собственно периферическая система* представления образована понятиями: боль, обреченность, гомосексуализм, ужас, наркомания, отверженность. Все эти понятия составляют 62,68% от всех высказанных ассоциаций.

Наиболее частотной ассоциацией со СПИДом оказывается элемент «смерть» (65 ответов, что соответствует 63,72% от всех испытуемых). Другие элементы, близкие ему по смыслу, — безысходность и обреченность — располагаются соответственно в потенциальной зоне изменения, а также в собственно периферической системе. Зона ядра представления также образована элементами, указывающими на пути заражения (наркотики, шприц, секс). Эти элементы конкретизируются в потенциальной зоне изменения (проституция, кровь, гомосексуализм, наркомания). Указание на различное поведение, посредством которого происходит заражение ВИЧ, является косвенным указанием на людей, выполняющих это поведение.

Элементы, выражающие сильные негативные эмоциональные переживания, располагаются в зоне ядра — «страх» и в собственно периферической системе — «ужас». Метафорическое обозначение СПИДа как страшной болезни современности — «чумы XX века» в незначительной степени присутствует в представлении, однако положение этого элемен-

та может быть проинтерпретировано как позиция меньшинства, для которого основополагающими элементами представления являются также «проституция», наркомания, отверженность и указание на конкретных людей, умерших от СПИДа, — Ф. Меркури.

Процедуры контент-анализа<sup>1</sup> позволили переструктурировать весь полученный эмпирический материал с использованием элементов зоны ядра для образования категорий. В результате были получены следующие категории: *пути заражения* (наркотики, шприц, секс, проституция, кровь, гомосексуализм, наркомания и пр.) — 20,2%; *смерть* (смерть, обреченность и др.) — 16,9%; *эмоциональные проявления* (страх, ужас, горе и пр.) — 13,15%; *болезнь* — 6,6%. Кроме того, дополнительные категории были образованы на основе элементов периферической системы: *физические симптомы* (боль, слабость, бессилие и пр.) — 6,34%; *отношение общества к больным и с больными* (отверженность, жалость и пр.) — 5,16%. Образованные категории объясняли 68,3% от общего числа ответов.

Если сравнить категории, образующие представление о СПИДе, с теми, что образуют представление о болезни, то несложно заметить совпадение только двух из них: *физические симптомы болезни* и *эмоциональные проявления*. При этом категория *физические симптомы* базируется на элементах ядра в представлении о болезни и на элементах периферической системы — в представлении о СПИДе. В случае категории *эмоциональные проявления* расположение элементов обратное. Объем категории *физические симптомы* в случае представлений о болезни в несколько раз превышает объем этой категории в случае представления о СПИДе. Этот результат представляется достаточно любопытным в том плане, что СПИД на уровне представлений практически не имеет физических проявлений, кроме достаточно общего и неспецифического симптома — боль, располагающегося в потенциальной зоне изменений, а также несогласованных элементов, образующих категорию *физические симптомы*. Вспомним, что, согласно результатам, полученным нами в двух исследованиях по представлениям о болезни, боль является ее необходимым атрибутом. Все страшные болезни прошлого имели определенную физическую отметину, извещающую окружающих об опасности, стигму. Парадоксально, что СПИД, который был метафорически обозначен как «чума XX века», т.е. как болезнь, сходная со страшной болезнью прошлого, не имеет никаких специфических физических проявлений на уровне представлений.

В то же время в представлении о СПИДе значительная часть элементов имеет социальную коннотацию (указание на поведение, посредством которого происходит заражение, отношение общества к больным). Таким образом, в представлениях наших респондентов СПИД — это скорее социальная, а не медицинская проблема. Получается, что страшная болезнь

---

<sup>1</sup> К<sub>Кюэна</sub> составил 0,71.

современности вместо стигмы физической имеет социальную — определенное поведение, привычки, стиль жизни, принадлежность к группе, по которым можно узнать об опасности человека, его испорченности.

Для некоторого уточнения выявленных результатов мы воспользовались дополнительными данными, полученными на основе опроса по аналогичной анкете группы молодых мужчин с гомосексуальной ориентацией ( $N = 40$  человек)<sup>1</sup> в возрасте от 18 до 35 лет ( $M = 24,47$  лет,  $SD = 4,49$ ). Заметим, что в наши цели не входил сравнительный анализ представлений о СПИДе в различных группах молодежи, однако эти дополнительные результаты, с одной стороны, позволили нам проинтерпретировать факт отсутствия физической составляющей СПИДа в представлении о нем, с другой — продемонстрировали достаточно парадоксальный факт. Зона ядра представления о СПИДе в этой группе включала элементы: смерть, страх, язвы на коже, болезнь, больница. В потенциальной зоне изменения представлений присутствовали элементы: наркотики, боль, ужас, рак какого-то органа, одиночество. Собственно периферическая система включала отсутствие прошлого, настоящего, будущего; отчуждение, терпимость, презервативы. Таким образом, болезнь имеет определенные физически различимые черты в виде язв на коже и боли. Пути распространения представлены указанием на наркотики в периферической части представления, а указание на сексуальные отношения здесь отсутствует вовсе, но при этом в периферической системе содержится элемент «презервативы», связанный с сексуальными отношениями, которые не присутствуют в представлении.

Есть основания предполагать, что группа геев в начале эпидемии оказалась более информированной в отношении СПИДа, ибо столкнулась с болезнью раньше остальных групп населения<sup>2</sup>. Вероятно, отсюда и присутствие физических признаков болезни. Однако отсутствие указаний на сексуальные отношения, с одной стороны, но присутствие элемента «презервативы» — с другой, выглядит достаточно противоречиво. Вероятно, отсутствие ассоциаций, связанных с сексом, в ответ на СПИД может выполнять функцию своего рода *защиты* (пусть и достаточно сомнительной в плане эффективности) перед лицом смертельно опасной болезни. Обращает на себя внимание и тот факт, что в группе геев в зоне ядра представления располагается элемент «язвы на коже», т.е. указание на физические симптомы болезни, облик больных, в то

---

<sup>1</sup> Шесть анкет было исключено из дальнейшего анализа по причине частичного заполнения. Тот факт, что мы воспользовались результатами, полученными на малочисленной выборке, по аналогии с другими исследованиями [Grize, Vergès, Silem, 1987], объясняется сложностью используемого инструментария.

<sup>2</sup> Заметим, что в Москве в конце 1990-х годов в ряде ночных клубов, предназначенных для посетителей с гомосексуальной ориентацией, проводились семинары по информированию о СПИДе. Добровольные ассоциации предпринимали акции по информированию людей об опасности СПИДа.

время как аналогичные элементы отсутствуют в случае гетеросексуальных респондентов. Заметим, что в зарубежных работах, выполненных в начале 1990-х годов, болезнь представлялась как оставляющая следы на теле больного: потеря веса и прыщи на коже. Именно эти признаки чаще других звучали в дискурсе тех, кто был в наибольшей степени удален от болезни и больных [Paicheler, Queminn, 1994]. В нашем случае в представлении о болезни в группе гетеросексуальных респондентов физические характеристики отсутствуют, о них говорят респонденты-геи.

**Представления о раке.** Всего респондентами было предложено 368 ассоциаций, их анализ позволил составить словарь, состоящий из 111 различных понятий. Прототипический анализ позволил нам выявить следующую структуру представления: в число элементов *зоны ядра представления о раке* попадают следующие (табл. 9): смерть, опухоль, болезнь, боль, страх. В *потенциальной зоне изменения представления* располагаются элементы: членистоногие, рак какого-то органа, химиотерапия, больница.

Таблица 9

Элементы, образующие ядро и периферию представления о раке  
(Исследование 1)

| Частота ассоциации | Средний ранг ассоциации        |                         |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------|
|                    | < 2,75                         | ≥ 2,75                  |
| ≥ 10               | Смерть (48; 1,75)              | Химиотерапия (19; 3,16) |
|                    | Опухоль (28; 2,46)             | Больница (11; 3,73)     |
|                    | Болезнь (22; 1,91)             |                         |
|                    | Боль (21; 2,71)                |                         |
|                    | Страх (20; 2,35)               |                         |
| < 10               | Членистоногие (9; 1,89)        | Мучение (9; 2,78)       |
|                    | Рак какого-то органа (6; 2,67) | Операция (9; 2,89)      |
|                    |                                | Безысходность (9; 3,78) |
|                    |                                | Облысение (6; 3,80)     |
|                    |                                | Горе (5; 3,40)          |

*Собственно периферическая система* представления образована понятиями: мучение, операция, безысходность, облысение, горе.

Элемент ядра, в наибольшей степени разделенный респондентами, — смерть (48 ответов). Косвенным образом на такое развитие болезни указывает составляющая собственно периферической системы — безысходность. В наибольшей степени согласованные физические симптомы болезни — опухоль и боль. Опухоль является прототипическим признаком болезни, ее правдивым симптомом [Sontag, 1983]. В периферической

части располагаются и другие физические признаки болезни — рак какого-то органа, мучение и облысение (этот признак скорее указывает на прохождение больным курса лечения). Наконец, указание на эмоциональные переживания, расположенное в зоне ядра, — страх дополняется в периферической зоне элементами — безысходность и горе. Способы лечения присутствуют в периферической системе — химиотерапия, больница, операция. Все понятия, образующие зону ядра и периферическую систему, составляют 60,33% от всех высказанных ассоциаций.

Реконструирование эмпирического материала позволило выявить ряд категорий на основе элементов зоны ядра: *физические симптомы* (опухоль, боль, облысение, метастазы и др.) — 37,8%; *смерть* — 14,94%; *эмоциональные проявления* (страх, горе, безысходность, ужас, тоска и пр.) — 14,13%; *болезнь* — 6%. Дополнительная категория — *способы лечения болезни* (химиотерапия, больница, операция, врач, лечение и пр.) — 6,5% основана на элементах периферической системы. Эти категории объясняли 79,4% от всех полученных ответов.

Справедливости ради заметим, что сравнение категорий представления о раке с категориями представления о болезни обнаруживает сходство трех из них (физические симптомы, эмоциональные проявления, лечение), хотя их объем значимо варьирует.

*Представления о симптомах болезни.* Приписываемые каждому заболеванию симптомы ( $N = 193$ ,  $M = 2$ ,  $SD = 1,32$  — в случае рака и  $N = 188$ ,  $M = 1,92$ ,  $SD = 1,29$  — в случае СПИДа) были классифицированы по категориям: эмоциональные переживания и состояния; внешне фиксируемые признаки; признаки, выявляемые в результате обследования; различные симптомы. В случае СПИДа были введены дополнительные категории — открытость другим заболеваниям и отсутствие симптомов болезней.

Слабость, боль, усталость, снижение общего тонуса организма чаще всего приписывались обоим заболеваниям. Этот факт только еще раз демонстрирует, что элемент «слабость» является основным в представлении о болезни.

Внешне фиксируемыми проявлениями СПИДа испытуемые считали реакции на коже, постоянную подверженность инфекциям, а в случае рака — снижение веса, желтый цвет лица и выпадение волос. Если рак воспринимается как заболевание, «локализуемое» в каком-то органе, то СПИД — как некоторое общее состояние организма (иммунодефицит), делающее организм мишенью для других заболеваний.

Сами симптомы (кроме общих, как боль, слабость и др.) различаются для каждой болезни, но категории симптомов совпадали. Любопытно, что в самом представлении о СПИДе испытуемые не указывали физических симптомов, говоря по большей части о социальной составляющей болезни, однако фокусирование внимания исключительно на симптомах болезни позволило получить указанные результаты.

*Представление о контролируемости болезни.* Одной из важных составляющих многих моделей, рассмотренных во второй главе, является воспринимаемый контроль болезни. В нашем исследовании мы также решили включить в анализ представлений о болезнях их контролируемость. Предполагалось, что на уровне представления болезни различаются по параметру контролируемости, что, в свою очередь, связывается с построением соответствующего поведения по отношению к болезни и к больным.

СПИД оценивается как избегаемая, но неизлечимая болезнь (69,5% респондентов дали такой ответ). Его возможно избежать за счет соблюдения ряда мер, таких как безопасный секс, неупотребление наркотиков, контроль чистоты используемых инструментов и качества переливаемой крови. Другими словами, СПИД представляется как контролируемая болезнь, к тому же заболеть им может не каждый, но лишь *определенные категории людей* (так называемые «группы риска»): те, кто практикует небезопасный секс, употребляет наркотики, имеет гомосексуальные контакты, может быть случайно заражен врачами, часто прибегая к их услугам. Этот факт только подтверждает нашу идею о том, что, говоря о СПИДе, по сути дела, люди говорят о *других*, т.е. в данном случае мы имеем дело с достаточно старой тематой, лежащей в основе представления о СПИДе, — *друговостью*. Как подробно было показано в первой главе, объяснение причин болезней через указание на других, на какую-то аутгруппу, восходит к средневековым объяснениям причин чумы, ее разносчиками являются *другие*. Значит, присутствие данной темы в представлении о СПИДе указывает на роль коллективной памяти в формировании представления о новой болезни.

Неизлечимость СПИДа объясняется недоступностью существующих терапий по замедлению развития заболевания и отсутствием лекарства, способствующего полному излечению больного.

Лишь небольшая часть респондентов (18,9%) воспринимает СПИД как избегаемую и излечимую болезнь, считая, что лекарство будет скоро найдено, исходя из предположения о том, что «на каждый яд есть противоядие».

Представление о контролируемости / неконтролируемости, излечимости / неизлечимости рака не столь однозначно. С одной стороны, он оценивается как контролируемая и излечимая болезнь (34% респондентов дали такой ответ), благодаря соблюдению профилактических мер (избегание излишней солнечной радиации, неупотребление алкоголя и никотина, занятие спортом и др.). Получается, что индивид способен контролировать возникновение болезни. От рака можно излечиться с помощью химио- и рентгенотерапии или хирургического вмешательства. Однако 22,7% респондентов воспринимают рак как контролируемую

(благодаря соблюдению профилактических мер) и неизлечимую (в силу неэффективности мер) болезнь<sup>1</sup>.

С другой стороны (позиция 21,6% респондентов), рак оценивается как неконтролируемая болезнь в силу сочетания генетических и ситуативных факторов (радиационное облучение, неблагоприятная экологическая обстановка). Однако от него можно излечиться с помощью тех же средств.

Наконец, фаталистическую точку зрения высказывали 12,4% респондентов, подчеркивая неконтролируемость генетических и средовых факторов, а также небольшую эффективность способов лечения.

Респондентам оказалось сложнее определить тех, кто рискует заболеть раком, чем СПИДом. Само понятие «группы риска» используется для описания больных СПИДом, но не раком. Воспринимаемое влияние ситуативных факторов, способствующих развитию болезни, сильнее в случае рака, а не СПИДа. Радиационное облучение и токсические вещества — основные факторы, вызывающие рак, по мнению респондентов. Они не воспринимаются непосредственно, и их влияние оказывается плохо контролируемым и сложно устранимым.

Пути заболевания раком или СПИДом связываются с ролью врачей. Их роль в случае СПИДа оценивается как негативная. Это, вероятно, результат воспоминаний о случаях заражения врачами детей и больных гемофилией. При заболевании раком их роль оценивается двояко: с одной стороны, положительно, ибо связывается с надеждой на излечение ( $\phi$ -критерий<sup>\*2</sup> = -2,65), с другой — негативно, они видятся как недостаточно компетентные, неспособные правильно и своевременно установить диагноз, недоброжелательно настроенные по отношению к больным. Сравнение представлений показывает, что роль врачей в случае СПИДа воспринимается как более негативная, чем в случае рака ( $\phi$ -критерий<sup>\*</sup> = 5,11).

*Источники информации о заболевании.* Респондентам предлагался исходный список источников информации: специализированная и научно-популярная литература; газеты и журналы; телевидение; радио; специализированные лекции; врачи; коллеги; друзья; члены семьи; посторонние люди.

Как показывают результаты, в наибольшей степени источником информации об обоих заболеваниях являются СМИ, научно-популярная литература, врачи, члены семьи и друзья. В то же самое время роль специальной научной и научно-популярной литературы ( $\phi$ -критерий<sup>\*</sup> = 2,74 и

---

<sup>1</sup> Ни одна из этих трех позиций статистически не отличается от остальных.

<sup>2</sup> Этот и другие критерии, указанные здесь, значимы (уровень значимости не более  $p < 0,05$ ).

2,45 соответственно), газет и журналов ( $\phi$ -критерий\* = 2,4), телевидения и радио ( $\phi$ -критерий\* = 4,97 и 3,73 соответственно), специальных лекций ( $\phi$ -критерий\* = 3,67) преобладает в случае заболевания СПИДом. Мнение членов семьи и посторонних людей ( $\phi$ -критерий\* = -3,94 и -3,68), коллег и врачей ( $\phi$ -критерий\* = -1,73 и -2,15) преобладает в случае заболевания раком. Собеседниками в обсуждении заболевания раком становятся члены семьи ( $\phi$ -критерий\* = -1,86), а СПИДом — друзья ( $\phi$ -критерий\* = 2,49). Вероятно, это связано с тем, что рак — результат влияния средовых и генетических факторов, что повышает его важность для коммуникаций в семье. Сексуальные отношения практически не представлены в этих коммуникациях. Эта тема обсуждается с друзьями.

По оценкам респондентов, информация по проблемам СПИДа, появляющаяся в СМИ, формирует представление об общей опасности, что может иметь эффект, обратный желаемому, ибо страх, вызванный подобными программами, может оказаться чрезмерным. В результате человек будет думать в отношении заболевания СПИДом, что «это случается с другими, а со мной это не случится никогда», т.е. для адаптации к чрезмерному страху индивид воспользуется одной из стратегий, как, например, отказ от обсуждения СПИДа: не говорю, значит, не существует; защита посредством социальной идентичности — это касается определенных групп и др., т.е. в реальности он не будет предпринимать меры по модификации собственного поведения.

К наиболее запоминающимся моментам программ по проблемам СПИДа были отнесены истории больных и интервью с ними, а также рекламные ролики презервативов, в которых *отсутствовало* какое-либо указание на саму болезнь. Проблемы СПИДа обсуждаются в учебных заведениях и в местах досуга молодежи (клубы, дискотеки, бары).

В случае заболевания раком отмечался недостаток информации в целом. Упоминались отдельные материалы в СМИ и в стенгазетах медицинских учреждений. Респонденты не смогли указать на запомнившиеся моменты «кампании», ибо никакой реальной кампании не проводилось. Задавая вопрос, мы, по сути, провоцировали респондентов на ошибочные ответы. Этот факт может быть связан с тем, что рак долгое время оставался заболеванием, которое не было представлено в публичных коммуникациях, а диагнозы сохранялись в тайне. Даже Чернобыльская катастрофа не стала поводом для широкого обсуждения болезни. Источником информации о заболевании и в настоящее время остаются стенгазеты в медицинских учреждениях, истории близких и родственников, собственный опыт общения с больными.

Итак, с точки зрения респондентов, информация о СПИДе встречается в СМИ, особенно на телевидении ( $\phi$ -критерий\* = 3,24 и 2,92 соответственно), чаще, чем о раке. Причем в случае заболевания СПИДом источником информации являются СМИ, медицинские стенгазеты, но

не сами больные или их близкие через личные контакты. Это различие в источниках информации, а также в группах обсуждения сказывается на представлении о болезни и больных.

Таким образом, сравнение представлений о СПИДе и раке позволяет говорить о том, что обе болезни считаются смертельно опасными, однако согласованность элемента «смерть» выше в случае представления о СПИДе, чем о раке ( $\phi$ -критерий\* =  $-2,26$ ;  $p < 0,01$ ). Этот результат хорошо сочетается с тем, что в случае СПИДа респонденты высказывают согласованное мнение в отношении его неизлечимости, в случае же рака этого не наблюдается.

Обе болезни в высокой степени ассоциируются со страхом. Если в случае представления о СПИДе ключевыми являются также элементы, указывающие на пути заражения, то в случае представления о раке основными являются элементы, указывающие на физические симптомы болезни. В представлениях о раке не присутствуют элементы, указывающие на причины его возникновения.

СПИД представляется как проблема социального порядка (связывается с определенными категориями людей, с определенным поведением), в то время как рак — проблема преимущественно медицинская (связывается с физическими проявлениями и способами их лечения). В случае СПИДа респонденты в значительной степени разделяют позицию о его контролируемости и неизлечимости. СПИД связывается с общим ослаблением организма, болью, снижением работоспособности и открытостью другим болезням.

В случае рака респонденты продемонстрировали меньшую согласованность в отношении контролируемости болезни. Рак оценивается как медицинская проблема: он ассоциируется с определенными симптомами и последствиями, эмоциональными переживаниями и состояниями, органами, которые могут оказаться пораженными болезнью. С одной стороны, заболевание воспринимается как смертельно опасное, оно ассоциируется со смертью, с другой — в представлении присутствует медицинская тематика, указывающая на пути и способы излечения.

Полученные результаты позволяют сделать выводы в отношении выдвинутых предположений. Во-первых, СПИД и рак представляются как смертельно опасные болезни, символизируют смерть, хотя согласованность этого мнения варьирует; во-вторых, было показано, что на уровне представлений СПИД в большей степени доступен контролю со стороны индивида, чем рак.

*Второй этап. Целью* второго этапа нашего исследования было выявление, описание и анализ структуры представлений о СПИДе и больных СПИДом. Результаты данного исследования предполагалось сравнить с данными, полученными ранее, в 1998–1999 годах [Бовина, Власова, 2002], для того, чтобы выявить динамику представлений о

СПИДе и больных СПИДом. Опять же отметим, что результаты, касающиеся представлений о больных, излагаются в пятой главе.

**Объектом** исследования были представители различных групп молодежи. Выборку составили разные группы молодежи в возрасте от 18 до 35 лет ( $M_{\text{возраста}} = 20,64$  лет,  $SD = 3,6$ ),  $N = 289$  респондентов (61% женщин и 39% мужчин). **Предметом** исследования явились представления о СПИДе и больных СПИДом.

Предполагалось проверить предположение о том, что произошла «нормализация СПИДа», когда изменения на уровне представлений о болезни не сопровождаются реальным изменением проблемы [Setbon, 2000]. Другими словами, произошла «банализация» болезни, адаптация к риску СПИДа, в результате чего болезнь стала представляться как менее опасная, в меньшей степени вызывающая страх, при этом она не стала ассоциироваться с излечением.

Основным *методом* исследования было анкетирование. Анкета состояла из 4 частей. Первая и вторая части были направлены на выявление представлений о СПИДе и больных. Для этого нами использовалась методика свободных ассоциаций. Испытуемых просили назвать по пять ассоциаций с объектами «СПИД» и «больной СПИДом». В третьей части респондентам задавались вопросы в отношении превентивной кампании по борьбе со СПИДом. Наконец, в последней части располагались социально-демографические вопросы, а также вопросы, касающиеся превентивных мер в отношении СПИДа, которые используются респондентами.

Все полученные ассоциации были проанализированы двумя независимыми экспертами, что позволило получить лист наиболее часто встречающихся ассоциаций для последующего анализа структуры представлений о СПИДе и больных СПИДом. Для описания структуры представлений использовалась методика, предложенная П. Вержесом [Vergès, 1992].

**Описание и анализ результатов.** В результате анализа ассоциаций по указанному критерию для каждого объекта была выявлена и описана структура представления. Всего респонденты предложили 1511 ассоциаций с объектом «СПИД». Составленный словарь включал 330 различных понятий.

**Представления о СПИДе.** В число элементов зоны ядра представления о СПИДе попадают следующие (табл. 10): смерть, болезнь, неизлечимость, ВИЧ, секс, наркомания. В число элементов периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения, входят элементы: обреченность, дефицит иммунитета, Африка, «чума XXI века», страх, наркотики, кровь, опасность, шприцы. Собственно периферическая система представления образована понятиями: беспорядочные половые связи, боль, презервативы, безысходность, незащищенный секс, одино-

чество, наркоман. Все эти понятия составляют 56,4% от всех высказанных ассоциаций.

Ключевые элементы представления указывают на возможные пути заражения (секс, наркомания) и последствия болезни (смерть, неизлечимость). Конкретизацию этих элементов мы обнаруживаем в периферической системе представления: в отношении путей заражения, с одной стороны, беспорядочные половые связи, незащищенный секс, с другой — наркотики, кровь, наркоман, шприцы, в отношении драматических последствий болезни — обреченность и безысходность. Присутствие элемента «ВИЧ» в ядре представления можно проинтерпретировать двояко. С одной стороны, СПИД вызывается этим вирусом, с другой — это может свидетельствовать о некотором тождестве этих двух явлений для респондентов, по аналогии с результатами недавнего социологического исследования, проведенного в различных городах России и показавшего, что для респондентов эти понятия не различаются, обозначают примерно то же самое [Вовк, 2006].

Таблица 10

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о СПИДе  
(Исследование 2)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации       |                                       |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
|                       | < 3,06                        | ≥ 3,06                                |
| ≥ 26                  | Смерть (163; 2,93)            | Страх (83; 3,14)                      |
|                       | Болезнь (108; 1,81)           | Наркотики (57; 3,07)                  |
|                       | Неизлечимость (44; 2,68)      | Кровь (33; 3,27)                      |
|                       | ВИЧ (35; 2,09)                | Опасность (28; 3,61)                  |
|                       | Секс (35; 2,69)               | Шприцы (27; 3,44)                     |
|                       | Наркомания (33; 2,97)         |                                       |
| < 26                  | Обреченность (21; 2,95)       | Беспорядочные половые связи (25; 3,4) |
|                       | Дефицит иммунитета (20; 2,00) | Боль (25; 3,4)                        |
|                       | Африка (15; 2,87)             | Презервативы (21; 4,1)                |
|                       | «Чума XXI века» (14; 2,50)    | Безысходность (19; 3,32)              |
|                       |                               | Незащищенный секс (17; 3,76)          |
|                       |                               | Одиночество (15; 4,00)                |
|                       |                               | Наркоман (14; 3,36)                   |

С позиции меньшинства, СПИД рассматривается как страшная, смертельная болезнь современности («чума XXI века», обреченность), связанная с Африканским континентом.

Переструктурирование эмпирического материала с использованием элементов зоны ядра для образования категорий контент-анализа ( $\kappa_{\text{Кона}} = 0,67$ ) позволило нам получить следующие результаты: *смерть* (смерть, конец, гибель, обреченность и др.) — 18,53%; *пути заражения* (секс, наркомания, кровь, халатность врачей и пр.) — 17,21%; *болезнь* — 7,21%; *ВИЧ* (ВИЧ, вирус) — 2,6%. Дополнительные категории были образованы от элементов периферической системы: *эмоциональные проявления* (страх, ужас, горе и пр.) — 11%; *отношение общества к больным и с больными* (жалость, одиночество, отверженность и пр.) — 9,1%; *физические симптомы* (боль, слабость, истощение и пр.) — 5%; *указание на групповую принадлежность больных* (наркоман, Африка, молодежь, гомосексуалы и пр.) — 4,5%. Эти категории объясняли 75,15% от всех полученных ассоциаций.

Тема «*другие*» занимает важное место в представлении о СПИДе. С одной стороны, она выражается через указание на поведение, ведущее к заражению ВИЧ, с другой — через указание на конкретные группы (наркоманы, молодежь, гомосексуалы, дети и пр.). Стоит заметить, что устойчивость темы «*другие*» как основополагающей в случае формирования представлений о больных СПИДом подтверждается тем, что и в повторном исследовании, предпринятом нами в 2008 году<sup>1</sup>, больные — по-прежнему другие, представители маргинальных групп [Бовина, 2008].

Сравнение представлений о СПИДе на основе результатов двух исследований (первого, проведенного в 1998–1999 годах, и второго, проведенного в 2006–2007 годах) позволяет нам говорить о совпадении элементов зоны ядра — смерть, болезнь, секс. СПИД по-прежнему символизирует смерть, является указанием на трагический конец, этот элемент в наибольшей степени разделен нашими респондентами.

Остальные же элементы зоны ядра различаются, что говорит в пользу изменения представлений. Нас в наибольшей степени интересует в данном случае отсутствие элементов, указывающих на эмоциональные реакции в отношении СПИДа (элемент «страх» теперь стал частью периферической системы). Кроме того, как показывает сравнительный анализ категорий, образующих представления о СПИДе, наблюдается некоторое снижение эмоциональных проявлений, ассоциирующихся со СПИДом ( $\phi$ -критерий = 1,4;  $p < 0,1$ ). Таким образом, ассоциации, указывающие на эмоциональные реакции в связи со СПИДом, по-прежнему присутствуют в представлении, однако их объем и местоположение стали иными. Полученные результаты говорят в пользу того, что происходит процесс «нормализации СПИДа», банализация болезни или адаптация к риску

---

<sup>1</sup> Этот этап исследования был выполнен благодаря финансовой поддержке, полученной исследователем в рамках программы «Гранты Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых» (проект МК-455.2007.6).

болезни. Обращает на себя внимание тот факт, что никто из респондентов в обоих исследованиях не упоминает об антиретровирусных терапиях, способствующих стабилизации состояния больных. Получается, что перемещение элемента «страх» на периферию не связывается с тем фактом, что осуществлен прорыв в области медицины.

Среди других различий наблюдается некоторое снижение представленности категории пути заражения ( $\phi$ -критерий = 1,4;  $p < 0,1$ ). Значимое различие мы обнаруживаем в случае категории, основанной на элементах периферической системы (отношение общества к больным и с больными) ( $\phi$ -критерий\* = -2,87). Однако расположение элементов и объем категории, образованной на их основе, не позволяют нам рассматривать это различие как важное с точки зрения динамики представления, скорее оно отражает особенности изменения индивидуального опыта.

Подведем итог по результатам исследований, изложенных в данной главе. У нас есть основания говорить о том, что оппозиция «сила» — «слабость» является основной для построения представлений о здоровье и болезни, каждое из которых кристаллизуется вокруг соответствующего ее полюса. Это наиболее устойчивые и *древние* элементы представлений, корнящиеся в культуре. Роль же оппозиции «активность» — «неактивность» — основная для формирования представлений о здоровье и болезни в западной культуре, второстепенная в случае представлений о здоровье и болезни в русской культуре.

Ключевыми категориями представлений о здоровье являются указания на физическое благополучие, способы и условия поддержания и достижения здоровья, позитивные эмоциональные проявления. Динамика представлений о здоровье (выявленная на основе анализа данных, полученных в двух исследованиях 2002 и 2006–2007 годов) связывается с тем, что в ядро представления перемещается элемент периферии, указывающий на способы поддержания и достижения здоровья, — правильное питание. На уровне периферии, отражающей индивидуальный опыт и представления, также появляются новые элементы, конкретизирующие способы поддержания и достижения здоровья (здоровый образ жизни, прогулка, сон). В целом, объем категории *способы и условия поддержания здоровья* возрос по сравнению с более ранними данными. В ядро перемещаются элементы периферической системы, отражающие позитивные эмоциональные проявления (счастье, хорошее настроение) и физическое благополучие человека. В периферию из ядра перемещается элемент «жизнь».

Ключевой категорией представлений о болезни является указание на физические симптомы болезни. Другие категории варьируют: неактивность (исследование 2002 года), способы и средства ее лечения (исследование 2006–2007 годов).

Динамика представлений о болезни (выявленная на основе анализа данных, полученных в двух исследованиях 2002 и 2006–2007 годов)

связывается с тем, что в ядро представления перемещаются элементы периферии, и наоборот, — из ядра в периферию. Один из новых элементов ядра указывает на условия лечения (место взаимодействия больного и врача — «больница»), другой — на физические симптомы болезни — «плохое самочувствие». Это перемещение не только вносит указание на институциональный контекст взаимодействия больного с врачом. Вероятно, болезнь теперь представляется как нечто более серьезное, требующее стационарного лечения. В периферию перемещаются элементы «кровать» и «кашель-насморк».

На уровне представлений здоровье не является простой противоположностью болезни. Здоровье представляется как более сложное и разнообразное явление (оно образовано большим количеством разнообразных элементов и категорий), чем болезнь, которая во многом представляется через физическое неблагополучие. Причем здоровье представляется не как изначальная данность, а как нечто, требующее приложения усилий, выполнения определенного поведения.

СПИД представляется как проблема социального порядка (связывается с определенными категориями людей, с определенным поведением, ведущим к заражению). В представлении о СПИДе можно выделить несколько тем, которые связывались со страшными болезнями человечества и актуализировались каждый раз, когда возникала новая болезнь. И теперь, с появлением СПИДа (новой смертельно опасной болезнью современности), опять возникли в дискурсе о нем, за счет действия коллективной памяти. Одна из таких тем, на которой основывается представление о СПИДе, — *другие*. Говоря о СПИДе, респонденты указывают на *других*, которых касается болезнь, ибо они ведут себя каким-то определенным образом, а это в итоге приводит к болезни.

Еще одна тема прошлого, составляющая, вероятно, основу представления в группе меньшинства, — проведение аналогии между СПИДом и чумой, метафорическое обозначение СПИДа как «чумы XX века»<sup>1</sup>. Этих тем нет в представлениях о раке — болезни, которая представляется скорее как проблема преимущественно медицинская (ключевыми элементами представления являются указания на физические проявления и способы лечения болезни).

СПИД представляется как то, что разрушает не столько тело больного (в самом представлении доля элементов, указывающих на физические симптомы, — мала), сколько семейные, социальные и профессиональные связи. Причем на уровне представлений — социальная смерть как бы предшествует смерти биологической.

В случае СПИДа респонденты в значительной степени разделяют позицию о контролируемости его заражения и неизлечимости. На уровне

---

<sup>1</sup> Во втором исследовании — «чума XXI века».

представлений СПИД не имеет специфических симптомов, он связывается с общим ослаблением организма, болью, снижением работоспособности и открытостью другим болезням, что, вероятно, следует из идеи о снижении работы иммунной системы.

В случае рака респонденты продемонстрировали меньшую согласованность в отношении контролируемости и излечимости болезни. Рак имеет свои характерные физические симптомы (прототипическим из них является опухоль).

Результаты сравнения представлений о СПИДе (исследования 1998–1999 и 2006–2007 годов) позволяют говорить о том, что СПИД по-прежнему символизирует смерть, является указанием на трагический финал болезни. Этот элемент в наибольшей степени разделен нашими респондентами в обоих исследованиях. Однако полученные результаты говорят в пользу того, что мы имеем дело с процессом нормализации СПИДа, банализацией болезни, проявляющейся в своего рода адаптации к риску болезни, т.е. когда происходят изменения на уровне представлений без изменения самой реальности (вакцина пока еще не открыта, комплексные терапии не являются широко доступными). Как следствие, элемент «страх» не исчезает из представления, но его местоположение, исходя из теории социальных представлений, изменяется, изменяется и роль этого элемента в представлении.

Рассматривая проблему здоровья и болезни в целом, а также в случае конкретной болезни — СПИДа, несложно заметить, что объекты представлений разнятся в зависимости от длительности существования (только СПИД оказывается новым объектом, он появился в начале 1980-х годов, остальные объекты имеют длительную историю существования). Тем не менее «материализация» коллективной памяти на уровне представлений во всех случаях сопоставима, ибо СПИД является объектом с сильно выраженной аффективной составляющей, болезнью, возникшей в современном обществе, но актуализировавшей в коллективной памяти людей довольно «старые» следы, оставленные эпидемиями чумы в средние века с соответствующим отношением к больным и действиями в их адрес.

Мы рассмотрели представления о здоровье и болезни, а также проанализировали представления о конкретных болезнях. Однако для того, чтобы выявить соотношение представлений с поведением в отношении больных, требуется проанализировать, как представляются сами больные, что и будет предпринято в следующей главе.

Маска придвигалась к лицу. Проволока коснулась щеки.  
И тут... нет, это было не спасение, а только надежда, искра надежды.

Поздно, может быть, поздно. Но он вдруг понял, что на свете есть  
только один человек, на которого он может перевалить свое наказа-  
ние, — только одним телом он может заслонить себя от крыс.

И он иступленно кричал, раз за разом:  
— Отдайте им Джулию! Отдайте им Джулию! Не меня! Джулию!  
Мне все равно, что вы с ней сделаете. Разорвите ей лицо,  
обгрызите до костей.  
Не меня! Джулию! Не меня!

Дж. Оруэлл. «1984»



## ОПАСНЫЕ «ДРУГИЕ»: СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЬНЫХ И ГОТОВНОСТЬ ИМ ПОМОГАТЬ

### 5.1. «Не-я» — «другие»: социальные представления о больных СПИДом

Указание на *других* как причину бедствий имеет долгую историю. Как отмечает Б. Ф. Поршнев, опираясь на исторические источники, «мы» изначально было слабо представлено в сознании, однако при столкновении с «они» люди стремились к обособлению в качестве «мы», т.е. осознание «мы» шло через контраст по отношению к «они»: «мы» — это не «они». Категория «мы» на заре истории — это всегда люди, в то время как категория «они» — не совсем люди, это источник бедствий и вторжений [Поршнев, 1979]. Посредством установления связей между категорией *другие*, с одной стороны, и различными несчастьями, болезнями — с другой, удается повысить сплоченность группы и осознать, кто же такие «мы», сконструировать собственную идентичность. Очевидно, что в силу того, что *другие* — потенциальный источник угрозы и опасности, требуется повышенное внимание и детальное знание о них. Можно говорить о том, что оппозиция «свои» — «другие» / «чужие» универсальна и встречается в различные эпохи и времена, в то же время в каждой эпохе и в каждой культуре в этой оппозиции существует свое содержание и свой смысл.

Указание на аутигрупу, на *других*, *чужих*, как на причину возникнове-  
ния и распространения болезни, использовалось со времен средних веков  
для объяснения причин распространения болезней при столкновении с  
новой коллективной угрозой, будь то чума, проказа, холера (гл. 1). Посте-  
пенно происходило изменение видения болезни и больных в целом, на-

ряду с этим изменялось и отношение к больным, и реакции на этих *других*, и, наконец, способы действия в отношении больных. Однако в ситуации кризиса актуализируются различные способы действий в отношении больных, хранящиеся в коллективной памяти еще со времен Средневековья. Так, в настоящее время в ситуации возникновения и распространения СПИДа можно обнаружить некоторые отголоски средневековых способов коллективной защиты от страшных болезней посредством изоляции больных (речь идет, например, о законе, принятом в США в начале эпидемии, согласно которому ВИЧ-позитивным запрещался въезд в страну, нарушители подвергались тюремному заключению; в дискурсе представителей правых политических партий во Франции обсуждалась идея создания «СПИДаториумов» для изоляции в них больных). Однако такие способы действий в отношении больных не получили широкого распространения. Способы изоляции больных, практиковавшиеся с XV века, постепенно изменились, из реальных действий они трансформировались в символические, приобрели новые, более тонкие формы, подобно тому как на смену классическим теориям расизма, предубеждений пришли современные. С этой точки зрения проанализируем особенности действия механизма «не-я» — «другие» в случае *страшной* болезни современности — СПИДа.

Индивид прибегает к использованию механизма «не-я» — «другие» в ситуации кризиса, перед лицом опасности, угрозы, которая возникает неожиданно, одновременно затрагивая большое количество людей. То, как люди реагируют на такого рода угрозы и опасности, может быть рассмотрено и проанализировано целым рядом наук, будь то социология, культурная антропология, история и социальная психология. Объяснение действия самого механизма варьирует от дисциплины к дисциплине. Представители той или иной науки апеллируют преимущественно к крайним точкам на континууме с полюсами «когнитивный» и «социальный» [Joffe, 1999]. Наиболее сложное и объемлющее объяснение действия механизма должно интегрировать крайние значения этого отрезка, что и предлагает Х. Жоффе. В серии работ, посвященных анализу реакции на новую коллективную угрозу с точки зрения социальных наук, делается акцент на то, что в западной культуре образы болезней связываются со страхом гибели и краха, спасаясь от этого страха, люди проецируют его вовне, на других [Crawford, 1994, Douglas, Calvez, 1990]. В основе этого приписывания *другим* причин СПИДа, например, лежит механизм проективной идентификации [Klein, 1946], в результате чего члены групп, на которых проецируются негативные части self, подвергаются дискриминации и отвержению. Посредством этого символического действия происходит *очищение* собственного self, индивид более не связан с угрозой [Joffe, 1999], он выстроил психологическую дистанцию, он испытывает комфорт, считает себя неуязвимым по отношению к болезни, выстраивает и укрепляет границы своего здорового self. Го-

вора словами М.Дуглас, столкновение с риском делает необходимым выработку разделенных представлений, функция этих представлений заключается в поддержании социальной солидарности [Wilkinson, 2001]. *Другие* – причина угрозы, отсюда – обвинение других оказывается в центре построения этих представлений. Посредством этого символического действия происходит очищение собственного self, индивид более не связан с угрозой [Joffe, 1999]. Наряду с этим приписывание причин *другим* позволяет поддерживать позитивную социальную идентичность, защититься от болезни (в данном случае от СПИДа) посредством всего лишь принадлежности к *хорошей, моральной* группе, а не к «группам риска», группам, маргинальным по отношению к морали (проститутки, геи, наркоманы). Здесь отчетливо проявляется роль социальных представлений, которые позволяют защищать статус-кво группы. Отсюда и существование в дискурсе о СПИДе и о стратегиях управления риском в связи с построением сексуальных отношений в эпоху СПИДа идеи о партнерах из «своего круга», «своего окружения», которые являются защищенными от болезни в силу одной только принадлежности к «моей группе» [Paicheler, Quemin, 1996]. Эта защитная функция представлений, поддерживающая позитивную идентичность индивидов, обеспечивает устойчивость представлений.

Использование этого механизма присуще не только западной культуре, как можно было бы предположить, основываясь на работах С. Гилмена или Р. Крауфорда [Crawford, 1994; Joffe, 1999], есть основания считать его универсальным в том смысле, что *другие* как объяснительный механизм действует в различных культурах. В пользу этого говорят работы по социальным представлениям о СПИДе, проведенные не только в европейских странах [Goodwin, Realo, Kwiatkowska, Kozlova, Nguyen Luu, Nizharadze, 2002; Paicheler, Quemin, 1996], но и в африканских странах на различных выборках [Joffe, 1996, 1999; Joffe, Bettenga, 2003]. В то же время, с нашей точки зрения, проявление и реализация действия этого механизма определяются конкретным социальным и культурным контекстом. Это объясняется тем, что сама принадлежность к категории *другие* основывается на взаимосвязанных признаках, позволяющих выделить этих *других*: иностранцы, аутгруппы внутри общества, а также люди, практикующие поведение, которое выходит за рамки культурных норм данного общества. Получается, что эти *другие* варьируют от культуры к культуре. Например, контроль является важной нормой западных культур, отсюда *другие* – это те, кто действует в противоположность контролю и самодисциплине [Crawford, 1994]. Однако этот принцип определения *других* на основе выполнения контроля и самодисциплины не действует в незападных культурах.

Ситуация кризиса, потрясения, когда характер социальных представлений становится особенно очевидным, ибо сама группа или ее образы претерпевают изменения, как подчеркивал С. Московиси (1984),

специфична еще и процессами, протекающими на уровне социальной идентичности. Если в повседневной жизни, вне кризиса, *они, другие*, определяются просто как отличающиеся, занимающие более низкое положение по отношению к господствующим социальным нормам, то в критический момент эти различия максимально обостряются. Тогда праведным и пристойным *нам* противостоят разрушающиеся, преступающие законы *они*. Эти *другие* олицетворяют зло, материализуют угрозу [Joffe, 1999]. Такое представление о *других* оправдывает соответствующие действия в их адрес, более того, делают эти действия необходимыми для защиты собственной группы и общества в целом.

В начале эпидемии СПИДа медицинское знание также апеллировало к *другим* как к объяснительному конструкту, используя три указанных выше характеристики. Врачи, подобно журналистам и наивным мыслителям, не зная о природе болезни, искали объяснение ее появлению и распространению в связи с гомосексуальными практиками, с такими действиями, которые угнетают действия иммунной системы. Этот факт, с одной стороны, может указывать на универсальность действия механизма «не-я» — «другие», с другой — на особенности формирования представлений о болезни в группах экспертов или не-экспертов. В случае СПИДа близость механизмов формирования представлений в группах экспертов и не-экспертов отчетливо прослеживается в начале эпидемии болезни. В целом, представления экспертов о различных явлениях, связанных со здоровьем и болезнью, интегрируют идеи обыденных представлений. В исследованиях по представлениям экспертов о психически больных людях отмечалось существование этого конструкта — *другие* [Morant, 1995]. Однако вопрос, на который нас наталкивает анализ теоретических построений и эмпирических результатов, заключается в том, всегда ли срабатывает механизм «не-я» — «другие»? Словом, всегда ли больные — это *другие*? С одной стороны, можно полагать, что чем меньше больные будут *отличаться* от здоровых на уровне представлений, чем больше они будут представляться как находящиеся «в одной лодке», тем менее негативные характеристики будут им приписываться. С другой стороны, чем меньше различий между больными и здоровыми, тем более пугающими могут они представляться здоровым в силу невозможности защититься от них посредством установления социальной дистанции, отнесения их к другой категории.

Для ответа на эти вопросы воспользуемся сравнительным анализом представлений о больных, рассмотрим особенности этих представлений на примере разных болезней, для того чтобы выявить особенности действия этого механизма «не-я» — «другие». Обратимся сначала к результатам второй части нашего исследования, проведенного в 1998–1999 годах (программа исследования представлена в предыдущей главе, сюда мы вынесли только гипотезу нашего исследования).

Согласно нашему предположению, ключевыми элементами в представлении о больных СПИДом будут указания на групповую принадлежность и на отношение общества с больными и к больным, а в представлении о больных раком — указания на физические симптомы и эмоциональные переживания больных. Другими словами, механизм «не-я» — «другие» действует в случае представлений о больных СПИДом, но не в случае представлений о больных раком.

**Первый этап. Представления о больных СПИДом.** Прототипический анализ ассоциаций для этого объекта по критерию, предложенному П. Вержесом<sup>1</sup>, позволил выявить и описать структуру представления. Всего респонденты предложили 391 понятие. Словарь включал 186 различных понятий.

В *зону ядра представления о больных СПИДом* попадают элементы (табл. 11): несчастные; обреченные; наркоманы; им не повезло; проститутки; гомосексуалы; такие, как все; ослабленные. *Потенциальная зона изменения* представления образована элементами: с одной стороны — грустные, любой человек, с другой — смертники, жертвы, больные, отверженные. Наконец, *собственно периферическая система* включает элементы: одинокие, неосторожные, боящиеся смерти, жалкие.

Таблица 11

Элементы, образующие ядро и периферию представления  
о больных СПИДом (Исследование 1)

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации  |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | < 3,23                   | ≥ 3,23                   |
| ≥ 6                   | Несчастные (37; 1,84)    | Смертники (10; 3,9)      |
|                       | Обреченные (20; 2,45)    | Жертвы (6; 3,5)          |
|                       | Наркоманы (18; 2,56)     | Больные (6; 3,67)        |
|                       | Им не повезло (13; 3)    | Отверженные (6; 4,17)    |
|                       | Проститутки (10; 3,1)    |                          |
|                       | Гомосексуалы (7; 3,0)    |                          |
|                       | Такие, как все (7; 1,86) |                          |
|                       | Ослабленные (6; 2,83)    |                          |
| < 6                   | Грустные (5; 3,0)        | Одинокие (5; 3,6)        |
|                       | Любой человек (5; 3,2)   | Неосторожные (5; 3,8)    |
|                       |                          | Боящиеся смерти (5; 4,2) |
|                       |                          | Жалкие (5; 5)            |

<sup>1</sup> Подробное описание этой методики и способов обработки данных приводится в главе 4.

Наиболее согласованной характеристикой больного является элемент — «несчастный» (37 ответов), он также имеет наименьший ранг, т.е. упоминался респондентами ранее других характеристик. В периферической системе есть связанные с ним элементы, указывающие на эмоциональные переживания больных, — «грустный» (потенциальная зона изменений), «боящиеся смерти» (собственно периферическая система). Неизлечимая болезнь делает больных обреченными (зона ядра), смертниками (уточняется в периферической системе).

Обращает на себя внимание присутствие в зоне ядра указания на различные группы «уязвимых» по отношению к болезни в большей степени, чем другие: наркоманы, проститутки, гомосексуалы. Хотя респонденты практически не используют понятие «группы риска» как таковое (среди всех полученных ответов есть только одно упоминание «групп риска»), но именно об этом они говорят, указывая на различные группы, более уязвимые по отношению к болезни. Парадоксально, с нашей точки зрения, присутствие в зоне ядра элемента «такие же, как все», которое дополняется в периферической системе другим элементом — «любой человек». Получается, что больные принадлежат к определенным группам, но в то же время они ничем не отличаются от здоровых, болезнь касается всех. Возможно проинтерпретировать данный результат следующим образом. Как показывают многочисленные работы по нереалистическому оптимизму<sup>1</sup> [например: Weinstein, 1980], «такому же другому, как и Вы» систематически приписываются с большей вероятностью негативные события, чем самому себе. Для позитивных событий зависимость — обратная. В этом смысле понятие «такие же, как все» или «любой человек» не обязательно тождественно «я сам». За этим понятием можно усмотреть действие все того же самого механизма: «не-я» — «другие». С другой стороны, объяснение может быть более простым: во время проведения нашего первого исследования в 1998–1999 годах представление о больных СПИДом еще только формировалось, наличие этого противоречия как раз и указывает на определенный этап в развитии представления, на попытку интегрировать эпидемиологическую информацию с превентивной. Более точный ответ мы сможем получить из сравнительного анализа представлений, выявленных на двух этапах исследования.

Присутствует в представлении о больных и указание на причины их болезни как случайности, вина приписывается другим или обстоятельствам: им не повезло (в зоне ядра) и жертвы (в потенциальной зоне изменений представления). Любопытна оппозиция, присутствующая в ядре представления: с одной стороны, болезнь ассоциируется с представителями ряда групп, виновных в болезни (в периферической систе-

---

<sup>1</sup> Подробнее об этом мы говорили в главе 2.

ме имеется указание на вину самих больных — неосторожные), с другой — связывается со случайностью заражения. Насколько позволяют судить результаты исследований, проведенных в других культурах и в различных социальных группах, анализ которых излагается в третьей главе, указания на невезение как причину болезни в них практически отсутствуют [например: Markova, Wilkie, 1987; Paicheler, Quemina, 1994, 1996, и др.]. Этот факт, вероятно, свидетельствует о том, что в данном случае мы имеем дело с особенностями представлений, обусловленными культурой, с проявлением одной из характеристик русской ментальности. В русской культуре важное место занимает понятие «судьба». У В. И. Даля в этой связи можно обнаружить пословицы: «Всякая судьба сбудется», «Всякому своя судьба», «От судьбы не уйдешь» [Даль, 1994. С. 622]. Наряду с этим в русском языке достаточно распространенными являются так называемые неагентивные конструкции (с дательным падежом субъекта) [Стефаненко, 2003], например: мне нездоровится, меня знобит, мне не по себе, мне повезло и пр. Отсюда, событие как бы происходит по не зависящим от индивида причинам, случается с ним, человеку везет или не везет, но он сам не может повлиять на исход, оказывается пассивным по отношению к событию. Таким образом, говоря о больных СПИДом, респонденты выносят причину болезни вовне — им «не повезло».

Кроме этого, в зоне ядра располагается описание физического состояния больных — ослабленные. Этот элемент очень любопытен, так как он является общим, прототипическим для болезни вообще (вспомним, что в представлении о болезни устойчивым элементом была именно слабость, — см. гл. 4). В данном случае эта характеристика хорошо связывается с представлением о дефиците иммунитета, т.е. проявления должны быть глобальными, неспецифическими, затрагивающими весь организм. В периферической зоне присутствуют характеристики, указывающие на отношения общества с больным: отверженные (потенциальная зона изменений) и одинокие, жалкие (собственно периферическая система). Отсюда, характеристики отношений между обществом и больными не являются ключевыми в представлении.

Если опять рассматривать в качестве позиции меньшинства элементы, расположенные в левом нижнем квадрате, то она представлена элементами «грустные» и «любой человек». В отличие от позиции большинства здесь отсутствуют указания на групповую принадлежность больных, наоборот, любой человек уязвим по отношению к болезни.

Элементы, образующие ядро и периферию представления о больных СПИДом, объясняют только 46% от всех полученных ответов. Переструктурирование всего эмпирического материала по аналогии с тем, как это делалось в наших предыдущих исследованиях ( $\kappa_{\text{Кюнна}} = 0,72$ ), позволило нам получить следующие результаты: *негативные эмоциональные переживания больных* (несчастные, грустные, боящиеся смерти и пр.) —

17,9%; *групповая принадлежность больных* (наркоманы, проститутки, гомосексуалы и пр.) — 12,8%; *смерть* (обреченные, смертники, умирающие и пр.) — 10,5%; *физические характеристики больных* (ослабленные, бес-  
сильные и пр.) — 6,9%; *случайность заражения* (не повезло, жертвы, неве-  
зучие и пр.) — 6,1%; *такие же, как все* (такие, как все; любой человек  
и пр.) — 3,84%. В качестве дополнительной категории, основанной на  
элементах периферической системы, была выявлена следующая: *отно-  
шения общества к больным и с больными* (отверженные, одинокие, жал-  
кие, вызывающие сочувствие и пр.) — 17,14%. В переструктурирован-  
ном виде категории объясняют 75,2% от всех полученных ответов.

Итак, ключевыми элементами представления о больных СПИДом являются указания на групповую принадлежность больных, на их эмо-  
циональные переживания, случайность их заражения, а также на их  
физическое состояние. Разнообразные характеристики, указывающие  
на отношения общества с больными и к больным, имеют второстепен-  
ное значение для представления. Наше предположение о том, что клю-  
чевыми элементами в представлении о больных СПИДом будут указа-  
ния на групповую принадлежность и на отношения общества к больным  
и с больными, можно принять частично, так как указания на отношения  
общества с больными и к больным играют второстепенную роль в пред-  
ставлении. Действительно, ключевое место в представлении о больных  
занимает указание на «не-я» — «другие». *Другими* здесь оказываются  
маргинальные группы (наркоманы, проститутки, гомосексуалы). В пред-  
ставлении о больных СПИДом мы обнаруживаем две оппозиции, на  
которых оно основано: 1) «такие же, как все» — «другие»; 2) «вина» —  
«случайность». Интегральную оценку специфики проанализированных  
здесь представлений о больных СПИДом мы сможем получить на осно-  
ве сравнений этих представлений с представлениями о больных раком  
(исследование 1998–1999 годов), а также с больными СПИДом (иссле-  
дование 2006–2007 годов).

Крайне примечателен тот факт, что нам не удалось выявить струк-  
туру представления о здоровых. Вместо разделенного представления о  
здоровых мы выявили ряд характеристик, поддержанных небольшим  
числом респондентов. К их числу относятся счастливые, веселые, силь-  
ные, занимающиеся спортом, жизнерадостные. Этот результат, вероят-  
но, отражает то, что на уровне коммуникаций не представлена катего-  
рия «здоровые», это само собой разумеющееся знание, с одной стороны,  
с другой — больные (аутгруппа) обнаруживают большее сходство меж-  
ду собой, чем здоровые (ингруппа). Можно даже проводить аналогию  
между нашим результатом и тем, который был получен В. Вагнером с  
коллегами [Wagner, Valencia, Elejabarrieta, 1996] в работе по представ-  
лениям о войне и мире на примере Испании и Никарагуа. Если пред-  
ставления о войне были выявлены в обоих выборах, то представления

о мире — только в Никарагуа, ибо в мирной Испании тема мира исключена из публичного дискурса, это понятно и так, не подвергается рефлексии и не требует обсуждения.

*Представление о больных раком.* Предприняв прототипический анализ по П. Вержесу [Vergès, 1992], мы выявили структуру представления. Всего респонденты высказали 356 понятий с объектом «больные раком». Словарь понятий, составленный на основе этого материала, включал 179 различных понятий. *Зона ядра представления* (табл. 12) объединяла элементы: несчастные; обреченные; такие же, как мы; слабые; грустные; надеющиеся. *Потенциальная зона изменения представления* образована элементами: пессимисты, жалкие. Наконец, *собственно периферическая система* включает элементы — боящиеся смерти; страдающие; испытывают боль; ищущие возможности вылечиться; плохо выглядят; требующие помощи.

Таблица 12

**Элементы, образующие ядро и периферию представления  
о больных раком (Исследование 1)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации    |                                        |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------------------|
|                       | < 2,91                     | ≥ 2,91                                 |
| ≥ 6,5                 | Несчастные (28; 1,86)      | Жалкие (12; 3,5)                       |
|                       | Обреченные (16; 2,38)      |                                        |
|                       | Такие же, как мы (9; 2,56) |                                        |
|                       | Слабые (9; 2,89)           |                                        |
|                       | Грустные (7; 2,57)         |                                        |
|                       | Надеющиеся (7; 2,57)       |                                        |
| < 6,5                 | Пессимисты (5; 1,4)        | Боящиеся смерти (6; 3,0)               |
|                       |                            | Страдающие (6; 3,0)                    |
|                       |                            | Испытывают боль (6; 3,17)              |
|                       |                            | Ищущие возможности вылечиться (6; 4,0) |
|                       |                            | Плохо выглядят (5; 3,6)                |
|                       |                            | Требующие помощи (5; 4,4)              |

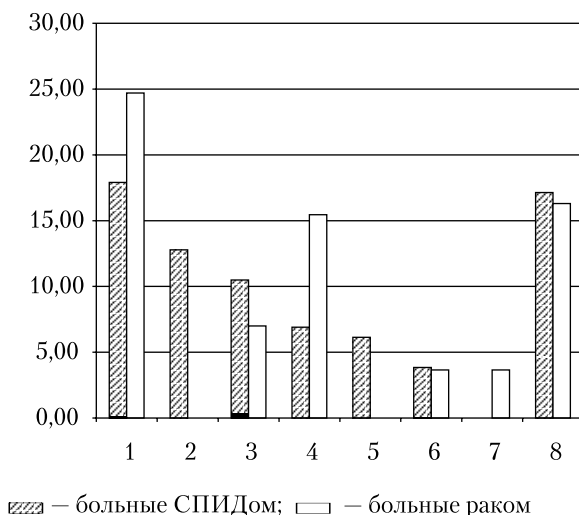
Болезнь делает людей в первую очередь несчастными, грустными. Эти элементы располагаются в зоне ядра представления, причем элемент «несчастные» является наиболее согласованным (28 ответов). Он конкретизируется в периферической системе посредством элементов «пессимисты», «боящиеся смерти», «страдающие». С другой стороны, в зоне ядра располагается элемент «надеющиеся», который конкретизируется в соб-

ственно периферической системе элементом «ищущие возможности вылечиться». Ключевое место в представлении занимает указание на эмоциональные переживания больных. Болезнь *обрекает* людей на смерть, но наряду с фаталистической точкой зрения присутствует надежда на излечение. Таким образом, ключевая оппозиция, вокруг которой формируется представление о больных, — «надежда» — «обреченность».

На уровне представлений больные не имеют каких-то специфических характеристик, отличающих их от всех остальных людей: они «такие же, как мы», хотя, как и в случае представлений о больных СПИДом, это указание на сходство с нами еще не означает сходства «со мной лично». Указание на физическое состояние больных — «слабые» конкретизируется в периферической системе — «испытывающие боль», «плохо выглядят». Обращает внимание присутствие элемента «слабые». Опять же в представлении о больных мы обнаруживаем присутствие элемента, который, как было показано в главе 4, является прототипическим в представлении о болезни. Элементы, указывающие на отношение общества к больным и с больными, располагаются в периферической системе. В целом элементы, образующие ядро и периферию представления о больных раком, объясняют только 35,4% от всех полученных ответов.

Переструктурирование всего эмпирического материала по аналогии с тем, как это делалось в наших предыдущих исследованиях ( $\kappa_{\text{Кона}} = 0,74$ ), позволило нам уточнить этот результат. Основываясь на элементах зоны ядра, мы получили следующие категории: *негативные эмоциональные переживания* (несчастные, грустные, пессимисты, страдающие, боящиеся смерти, печальные и пр.) — 24,7%; *физическое состояние больных* (слабые, испытывают боль, плохо выглядят, уставшие, бледные и пр.) — 15,45%; *смерть* (обреченные, смертники и пр.) — 7%; *надежда на излечение* (надеющиеся, ищущие возможности вылечиться) — 3,65%; *такие же, как мы* — 3,65%. Дополнительная категория была образована на основе периферического элемента — *отношение общества к больным и с больными* (жалкие, требующие помощи, одинокие, беспомощные и пр.) — 16,3%.

В переструктурированном виде категории объясняли 70,8% от всех полученных ответов. На основе этого анализа мы выявили, что эмоциональные переживания представлены целой гаммой различных негативных переживаний, среди которых наиболее согласованными являются элементы «несчастные» и «грустные», отношения общества и больных также представлены достаточно широко, причем присутствуют как позитивно, так и негативно окрашенные категории этих отношений. Больные представляются вызывающими жалость, рассчитывающими на помощь со стороны общества, требующими ее. Полученные результаты говорят в пользу нашего предположения о том, что ключевыми элементами в представлении о больных раком являются указания на негатив-



**Диаграмма 1.** Процентное соотношение основных категорий, образующих представления о больных СПИДом и раком:

1 — эмоциональные переживания больных\*; 2 — групповая принадлежность больных\*; 3 — смерть\*; 4 — физические характеристики больных\*; 5 — случайность заражения\*; 6 — такие же, как все\*; 7 — надежда на излечение\*; 8 — отношение общества к больным и с больными\*\*

\* — категории, образованные на основе элементов зоны ядра;

\*\* — категории, образованные на основе элементов периферии.

ные эмоциональные переживания, на физические состояния больных. Отношения больных с обществом играют второстепенную роль в представлениях.

Нам не удалось выявить структуру представления о здоровых. Мы обнаружили отдельные характеристики, разделенные небольшим числом респондентов. Среди часто встречающихся характеристик в данном случае была одна — счастливые.

Сравнение представлений о больных СПИДом и раком отражено графически (диагр. 1).

Представление о больных СПИДом строится вокруг оппозиций: «такие же, как все» — «другие», «вина в заражении» — «случайность заражения», кроме того, ключевыми элементами представления являются указания на негативные эмоциональные переживания, указания на их физические характеристики. В случае представлений о больных раком представление кристаллизуется вокруг оппозиции «обреченность» — «надежда», ключевыми элементами также являются указания на эмоциональные переживания, физические состояния больных. Хотя

категории совпадают, но их выраженность различна. Эмоциональные переживания и физические симптомы в большей степени выражены в случае больных раком ( $\phi$ -критерий<sup>\*1</sup> = 2,27 и 3,77 соответственно), обреченность больных прежде всего выражена в случае представления о больных СПИДом ( $\phi$ -критерий<sup>\*</sup> = 1,7). В случае представлений о больных раком не удается выделить какую-то определенную практику или групповую принадлежность больных, делающих их *другими*, что позволило бы объяснить болезнь и защититься от нее. На уровне представлений болезнь СПИДом связывается с групповой принадлежностью больных, в то же самое время заражение — случайность. Отношение общества к больным и с больными в представлениях о больных в обоих случаях различно (в случае СПИДа оно противоречиво: и страх, и желание избегать контактов с больными, и некоторая жалость; в случае рака — больные в основном вызывают жалость, они беспомощны, нуждаются в помощи окружающих). Тем не менее в обоих случаях эти элементы являются фактами не группового разделенного опыта, но индивидуального, так как располагаются в периферической системе.

Нашим основным предположением была идея о том, что процесс нормализации СПИДа отражается на представлении о больных СПИДом, т.е. они не ассоциируются с паническим ужасом, сильным страхом, реакцией избегания. Другими словами, в зоне ядра не будут содержаться указания на крайне негативные эмоциональные реакции и действия по изоляции больных. Проверить это предположение можно на основе сопоставления данных двух исследований (1998–1999 и 2006–2007 годов).

**Второй этап. Представления о больных СПИДом.** В результате прототипического анализа ассоциаций по критерию, предложенному П. Вержесом, была выявлена и описана структура представления о больных. Всего респонденты предложили 1342 ассоциации с объектом «больные СПИДом». Словарь включал 420 различных понятий.

В число элементов *зоны ядра представления о больных* попадают следующие (табл. 13): жалость, наркоманы, обречены, несчастный, неизлечимо больные люди.

В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения представления*, попадают: сочувствие, не повезло, надо было предохраняться, смерть, страх, желание помочь, одиночество. *Собственно периферическая система представления* образована понятиями: больница, безысходность, дети, опасные люди, изоляция от общества. Все эти понятия составляют 39,6% от всех высказанных ассоциаций.

Наиболее частотным понятием оказывается «жалость» (78 ответов), этот элемент смыслово конкретизируется через элементы перифериче-

---

<sup>1</sup> Здесь и далее  $\phi$ -критерий<sup>\*</sup> значим на уровне, не превышающем  $p < 0,05$ .

Таблица 13

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о больных  
СПИДом (Исследование 2)**

| Частота<br>ассоциации | Средний ранг ассоциации                |                                    |
|-----------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
|                       | < 2,89                                 | ≥ 2,89                             |
| ≥ 23                  | Жалость (78; 1,92)                     | Смерть (55; 3,07)                  |
|                       | Наркоманы (49; 2,82)                   | Страх (42; 3,17)                   |
|                       | Обреченные (46; 2,85)                  | Желание помочь (26; 3,15)          |
|                       | Несчастный (41; 1,68)                  | Одиночество (23; 3,09)             |
|                       | Неизлечимо больные<br>люди (30; 2,67)  |                                    |
| < 23                  | Сочувствие (22; 1,73)                  | Больница (22; 3,00)                |
|                       | Не повезло (18; 2,67)                  | Безысходность (19; 3,58)           |
|                       | Надо было предохраняться<br>(16; 2,75) | Дети (17; 3,65)                    |
|                       |                                        | Опасность (14; 3,57)               |
|                       |                                        | Изоляция от общества<br>(14; 3,64) |

ской системы «сочувствие» и «желание помочь». Эти элементы касаются отношения к больным, интенций к действию с ними. Расположение элемента «жалость» в зоне ядра указывает на его важность с точки зрения структуры представления. Во-первых, такое местоположение элемента может объясняться проводимыми в последние годы волнами кампании по солидарности с больными, что отразилось по крайней мере на уровне приемлемой реакции на больных в публичной ситуации, какой является участие в исследовании. Во-вторых, если принимать во внимание тот факт, что мы имеем дело с процессом «нормализации СПИДа» (когда на уровне представлений болезнь в меньшей степени связывается со страхом и ужасом), тогда вполне вероятно, что жалость по отношению к больным отражает изменение отношения к больным как следствие процесса «нормализации». В-третьих, можно найти еще одно объяснение этой жалости к больным. Возможно, что респонденты чувствуют свою собственную уязвимость, тогда, по аналогии с респондентами С. Шехтера, ощущают возможную общую судьбу (оказываются в «одной лодке») с больными, что и объясняет присутствие элемента «жалость». Аналогично пытаются объяснить результаты массовых опросов населения и социологи [Вовк, 2006]. Однако дополнительный анализ показывает, что понятие «жалость» для 53,8% респондентов, упомянув-

ших его, соседствует с понятиями «страх», «боязнь», «отвращение», этот результат говорит скорее в пользу первых двух объяснений.

В зоне ядра размещается элемент, указывающий на групповую принадлежность больного, — «наркоманы». Другое указание на групповую принадлежность больных размещается в периферии представления — «дети». Присутствие этих двух групп особенно любопытно, так как это прототипы виновного и невинной жертвы, это косвенное указание на «плохих» и «хороших» больных, на тех, кто вызывает страх или жалость и сочувствие (соответственно). Кроме того, в зоне ядра расположены элементы, свидетельствующие о смертельной опасности болезни, неизбежности такого исхода, с фаталистической точки зрения: «обреченные», «неизлечимо больные люди». Эти элементы смыслово связаны с составляющими периферической системы — «смерть» и «безысходность». Здесь же располагается указание на переживания — «несчастные».

Если рассматривать левый нижний квадрат как гипотетическую позицию меньшинства, то обращает на себя внимание следующая оппозиция: с одной стороны, болезнь СПИДом связывают со случайностью — «не повезло», с другой — с виной самих больных, ибо «предохраняться надо было». Причем здесь как бы дается косвенное указание на основной путь заражения — незащищенные сексуальные отношения.

В периферической системе можно обнаружить ряд элементов, говорящих о дистанции между больными и обществом: «одиночество» и «изоляция от общества». Таким образом, коль скоро на уровне представлений СПИД является социальной, а не медицинской проблемой, то и представление о больных СПИДом в первую очередь образовано элементами, указывающими на отношение общества к больным и с больными, на их групповую принадлежность. Смертельная болезнь делает больных неизлечимыми и обреченными, страдающими в основном социально, а не физически.

Полученные результаты ставят перед нами ряд вопросов. Во-первых, что означает тот факт, что словарь понятий, составленный на основе анализа всего массива данных в случае объекта «больные СПИДом» — 420 при 1342 ответах, а в случае объекта «СПИД» включает 330 различных понятий при 1511 ответах ( $\phi$ -критерий<sup>\*1</sup> = 5,73). Во-вторых, чем объясняется тот результат, что понятия, образующие ядро и периферию представления о больных (см. табл. 11), объясняют только 39,6% от всех полученных ответов, в то время как в случае представлений о СПИДе этот показатель — 56,4% ( $\phi$ -критерий\* = -9,01). С нашей точки зрения, эти различия могут говорить о том, что представления о СПИДе и больных в различной степени согласованы. Большая вариативность соответствует представлениям о больных по сравнению с представлением о

---

<sup>1</sup> Здесь и далее  $\phi$ -критерий значим на уровне, не превышающем  $p < 0,05$ .

СПИДе. Возможно, что все дело в том, что СПИД обсуждался в большей степени, чем сами больные. Например, в кампаниях по борьбе со СПИДом, проводимых в РФ с 1997 года, говорилось о необходимости использования презервативов, предпринимались меры по банализации их использования, но не о самих больных, о том, что они находятся рядом и требуют сочувствия, понимания, а не изоляции и наказания. Кампании, направленные на солидарность с больными, стали проводиться только с 2004 года.

Вероятно, что переструктурирование эмпирического материала с учетом элементов ядра представления позволит нам лучше понять специфику представлений о больных и получить окончательный ответ на сформулированные выше вопросы. В результате переструктурирования ( $\kappa_{\text{Кюэна}} = 0,70$ ) были получены следующие категории: *отношение общества к больным и с больными* (жалость, страх, желание помочь, сострадание, сочувствие, страх, непонимание и др.) — 29%; *смерть* (смерть, неизлечимо больные люди, обреченные, конец, безнадежность, без будущего и др.) — 16,32%; *групповая принадлежность больных* (наркоманы, дети, проститутки, молодежь и др.) — 8,6%; *эмоциональные переживания* (несчастные, грустные, пессимистичные и др.) — 6,78%. Дополнительные категории, основанные на элементах периферии, были следующими: *вина больных* (предохраняться надо было, сами виноваты, неосторожные, безответственные, легкомысленные и др.) — 4,4%; *лечение больного: агент воздействия и условия лечения* (больница, лекарство, лечение, таблетки, врач и др.) — 4,3%; *случайность заражения* (не повезло, случайность, невинно зараженные и др.) — 3,1%. Теперь эти категории объясняли 72,5% от всех полученных ответов.

В отношении больных высказывались крайне негативно нагруженные характеристики, даже ругательства (больные вызывают отвращение и ненависть, брезгливое отношение, видятся преступниками, обозначаются как *отбросы общества* и др.). Использование характеристик такого рода потенциально указывает на действия в отношении больных, оправдывает эти действия. Любопытный факт заключается в том, что для небольшой части респондентов размышление о больных, которое требуется в исследовании, порождает в первую очередь реакции в вопросительной форме в отношении причин болезни и возможности излечения от СПИДа. Безусловно, объем таких ответов составлял всего лишь 3% от всех ответов, но стоит отметить, что ни в одном из наших исследований, проведенных с использованием данной методики, такого явления не наблюдалось [Бовина, 2005; Бовина, Панов, 2005].

При анализе всего массива данных по представлению о больных было также замечено, что респонденты использовали значительное количество выражений, близких друг к другу по смыслу, синонимов, для

указания на отношение общества к больным и с больными, этим и объясняется различие между представлениями о СПИДе и больных в плане словаря понятий и процента согласованных ответов, так как мы опирались в первую очередь на лексический анализ ассоциаций, что требовалось для выявления структуры представления [Vergès, 1992].

Обобщая полученные данные, можно сказать, что на уровне представлений больные СПИДом — это *другие*, представители маргинальных групп, обреченные на смерть. Больные представляются, с одной стороны, как вызывающие жалость и сочувствие, желание помочь; с другой — вызывают страх, боязнь за себя и близких, нежелание вступать в контакт с ними. Вероятно, страх и реакция избегания больных в некотором смысле взяты под контроль респондентами, стоят на втором плане, ибо расположены в периферической системе представления. На уровне представлений болезнь, поражающая тело, разрывает в первую очередь социальные связи, изолирует больных.

В представлении о больных СПИДом преобладают разнообразные характеристики, указывающие на отношения между обществом и больными, на групповую принадлежность больных. Психологические характеристики практически отсутствуют. Есть указания на причины и последствия болезни. Обращает на себя внимание тот факт, что в представлении о больных отсутствуют физические характеристики или указания на их внешность (физические характеристики составляют только 2,5% от всех ответов), причем зона ядра и периферическая система не включают таких характеристик. Возможно, что это соответствует результатам исследований, в которых больные лишаются внешнего облика, — таким образом как бы *дегуманизируются* и отделяются от людей вообще [Warwick, Aggleton, Nomans, 1988]. Это еще один способ установить дистанцию с больными, провести границу между нами и *ими*, тогда нам, *людям*, эта болезнь не грозит.

Сопоставление результатов по представлениям о больных СПИДом, полученных в двух исследованиях, показывает, что из зоны ядра исчезли указания на случайность заражения, на групповую принадлежность к таким группам, как геи и проститутки, но осталось указание на наркоманию. Отсутствуют в этой части представления и указания на физические признаки болезни, на сходство больных со здоровыми. Теперь в зоне ядра появились указания на отношение общества к больным (жалость), а также на однозначность последствий болезни — неизлечимо больные люди. Таким образом, если в первом исследовании представление кристаллизовалось вокруг таких оппозиций, как «вина в заражении» — «случайность заражения», «такие же, как все» — «другие», то теперь больные — это *другие* (наркоманы), повинные в болезни в силу своих действий, своей групповой принадлежности. Больные обречены на смерть, чем, возможно, и вызывают жалость здоровых. Непосредственное указание на «вину

в заражении» — «случайность заражения» разделяется меньшинством респондентов (это элементы потенциальной зоны изменений). Указание на эмоциональные переживания больных в меньшей степени присутствует в представлении ( $\phi$ -критерий\* = 6,03). Наряду с этим в большей степени в представлении присутствуют характеристики отношений общества с больными и к больным ( $\phi$ -критерий\* = -4,94).

Интеграция полученных результатов исследований по представлению о СПИДе и о больных СПИДом позволяет нам сделать вывод о том, что, хотя СПИД по-прежнему представляется социальной проблемой, коллективной угрозой, можно констатировать определенные изменения представлений, указывающие на «нормализацию» болезни, а также на соответствующие модификации представления о больных. Больные — это *другие*, виновные в своей смертельной болезни. Отношение общества с больными и к больным занимает важное место в представлениях. Страх и реакция избегания больных, очевидно, взяты под контроль респондентами, на что указывает расположение этих элементов в представлении.

Предприняв исследование представлений о СПИДе и больных СПИДом, а также проанализировав специфику изменения этих представлений, обратимся к анализу того, как представления о болезни и о больных соотносятся со стратегиями поведения в отношении больных. Причем наш интерес здесь прежде всего касается групп, уязвимых по отношению к болезни, так называемых «групп риска» (наркоманов и геев), тех, кого проблемы СПИДа затронули в первую очередь.

## **5.2. Кто готов помочь «другим»?**

### **От социальных представлений о СПИДе и о больных СПИДом к действиям<sup>1</sup>**

Итак, на протяжении веков болезням, которые воплощали коллективную угрозу, противопоставлялась коллективная защита. В этом смысле СПИД, явившийся страшной болезнью современности, не был исключением. На полюсах континуума, отражающего различные действия коллективной защиты от этой *коллективной угрозы*, можно различать, с одной стороны, действия, дискриминирующие больных (например, увольнение с работы, исключение из школы, заключение под стражу<sup>2</sup> и пр.), с другой — добровольную помощь больным.

С нашей точки зрения, теория социальных представлений имеет потенциал для исследования того, как соотносятся представления о СПИДе и больных с теми или иными действиями в отношении боль-

---

<sup>1</sup> Излагаемое здесь исследование было поддержано Европейской ассоциацией по экспериментальной социальной психологии, а также Домом наук и человека (Париж).

<sup>2</sup> Каждый из этих случаев не есть теоретически возможные, но реальные действия, предпринимавшиеся в отношении больных и ВИЧ-позитивных [Epstein, 1996; Herzlich, 2002, и др.].

ных. Стоит вспомнить, что в соответствии с этой теорией одна из функций представлений заключается в ориентации поведения и в оправдании социальных отношений в более широком смысле [Moscovici, 1961].

Таким образом, мы анализируем то, как представления оправдывают готовность прийти на помощь больным СПИДом. Наш интерес в данном исследовании сфокусирован на так называемых «группах риска» — геях и наркоманах. Мы предприняли исследование на материале двух различных подвыборок (французской и российской). Такое сравнение позволяет нам выявить особенности соотношения представлений о болезни и больных с готовностью помогать им в двух культурах.

Первые случаи СПИДа в СССР были зафиксированы в 1987 году, первые превентивные кампании были реализованы только в 1997 году, кампании по солидарности с больными и ВИЧ-позитивными — в 2004 году. Запоздавшая дискуссия о СПИДе оставила достаточное время для широкого распространения как самой эпидемии болезни, так и эпидемии дискриминации и стигматизации в отношении больных. По сравнению с этим ситуация во Франции сложилась более благоприятным образом. Обсуждение болезни на публичном уровне возникло еще в начале 1980-х годов, вскоре после появления первых случаев болезни. Глобальные кампании по СПИДу стали проводиться с 1987 года, их основная цель заключалась в информировании о превентивных действиях, а также в призыве к солидарности в отношении к больным и ВИЧ-позитивным. Таким образом, на момент проведения исследования в 1999–2000 годах во Франции публичная дискуссия о СПИДе и больных уже достигла достаточно зрелого уровня в своем развитии [Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000], в то время как в России аналогичная дискуссия была только в начале своего развития. Наряду с публичной дискуссией и глобальной кампанией в отношении СПИДа во Франции активно велись медицинские исследования по выявлению вируса, а также по разработке средств противостояния болезни, общественные ассоциации и добровольные организации предпринимали активные действия против стигматизации больных, за право влиять на формирование политики в связи с распространением болезни, контролировать разработку терапий. Они также информировали общество об опасности болезни и непосредственно помогали больным [Adam, 1997; Barbot, 2000; Mendès-Leite, Proth, 1999; Pierret, 2001; Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000].

Выбор геев и наркоманов в качестве объекта исследования не случаен. Безусловно, в начале эпидемии болезнь в наибольшей степени коснулась этих групп. Как следствие, они подверглись стигматизации как группы, в наибольшей степени уязвимые по отношению к болезни. Традиционно эти группы исследовались отдельно друг от друга, что не позволяло их сравнивать. Используя идею С. Московиси о влиянии меньшинства, можно изучать эти группы одновременно, рассматривая их как два меньшинства: номическое и аномическое. *Номическое мень-*

шинство (геи) занимает позицию, не совпадающую с той, что разделяется в обществе, это активное меньшинство, выработавшее свои нормы и ценности, преследующее определенные цели в соответствии с этой позицией, предпринимающее активные действия для реализации социального изменения. *Аномическое меньшинство* (наркоманы) не имеет ни четко сформулированных целей, ни программ действий, как номическое, позиция этой группы не может характеризоваться как независимая от позиции более «общей социальной системы» [Moscovici, 1979. С. 87], так как требуется указание на нормы и ценности «общей социальной системы». Если номическое меньшинство использует активный и инициативный стили поведения для оказания влияния на большинство, то аномическое — пассивный, что дает Москвисе возможность обозначить их как «девиантов» [Ibid]. В эпоху СПИДа номическое меньшинство быстро подключилось к борьбе против СПИДа, против стигматизации больных, превратившись в источник социального влияния, этого нельзя было бы сказать в отношении аномического меньшинства. Таким образом, для исследования механизмов вовлечения в добровольные действия в пользу больных нам потребуются дополнительные объяснительные конструкты, которые позволили бы объяснить поведение меньшинства. Такой теорией является теория меньшинства, также предложенная С. Москвисе [Ibid]. Она базируется на той же эпистемологии, что и теория социальных представлений [Markova, 2003; Orfali, 2002], т.е. в основе обеих теорий лежит триадическая модель «Ego» — «Alter» — «Object». Обе теории ориентированы на «развитие динамической перспективы анализа социальной реальности» и на «понимание социального изменения» [Orfali, 2002. Р. 395]. Обе теории исследуют «конфликт, происходящий в обществе, который позволяет поразмыслить о мотивации действий, принятия решения и изменения» [Ibid]. Таким образом, для последующего анализа проблем СПИДа в данном исследовании мы исходили из идей двух теорий, разработанных Москвисе, — теории меньшинства и теории социальных представлений [Moscovici, 1961; Moscovici, 1979]. Основной целью исследования было изучение того, как соотносятся представления о болезни и больных, а также аттитюды в отношении болезни и больных с готовностью участвовать в добровольных акциях в пользу больных СПИДом. *Объектом нашего исследования* были представители двух меньшинств (геи и наркоманы), а также контрольная группа (студенты). Общая численность выборки составила 235 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет (115 респондентов в российской подвыборке и 120 — во французской)<sup>1</sup>. Соотношение респондентов было таким: в российской подвыборке: геи — 42, наркоманы — 34, студенты — 39; во французской подвыборке — 44, 32 и

---

<sup>1</sup> Из дальнейшего анализа в силу их частичного заполнения были исключены 3 опросника, заполненные наркоманами в российской подвыборке, и 5 — во французской.

44 соответственно. *Предметом исследования* были представления о СПИДе и больных, аттитуды по отношению к болезни и больным, а также готовность участвовать в добровольных акциях в пользу больных.

Мы исходили из предположения о том, что геи (номическое меньшинство) будут демонстрировать более высокую готовность к участию в добровольных акциях в пользу больных СПИДом по сравнению с наркоманами (аномическое меньшинство), а также по сравнению со студентами (контрольная группа). Различный уровень готовности к участию в этих добровольных акциях (высокий в случае геев, средний в случае наркоманов, низкий в случае студентов) оправдывается различающимися представлениями о СПИДе и больных, а также различными аттитудами в отношении болезни и больных в этих группах испытуемых. Мы предполагали, что этот эффект идентичности меньшинства (номического или аномического) будет выявлен в каждой подвыборке, несмотря на различия, обусловленные особенностями развития эпидемии в каждой стране.

В то же время мы предполагали выявить различия на уровне каждой подвыборки, связанные с различием в аттитудах по отношению к болезни и больным, а также готовности участвовать в добровольных акциях в пользу больных.

Методом исследования был выбран *опрос*. Разработанная нами анкета<sup>1</sup> включала четыре части. В *первой части* содержались вопросы, касающиеся групповой идентичности, сексуальной ориентации респондентов, их опыта использования наркотиков, а также политической ориентации и религиозных убеждений. *Вторая часть* анкеты была направлена на выявление представлений о СПИДе и больных СПИДом, аттитудов по отношению к больным, а также определение групп, в наибольшей степени уязвимых в отношении СПИДа. Для выявления представлений, аттитудов и определения наиболее уязвимых по отношению к СПИДу групп использовалась униполярная 7-балльная шкала. В *третьей части* содержались шкалы для измерения аттитудов по отношению к болезни, а также готовности участвовать в добровольных акциях в пользу больных СПИДом. Шкала для измерения готовности основывалась на работах по социальному изменению и социальному активизму [Simon, Strümer, Steffens, 2000]. Наконец, в *последней части* респондентам предлагалось ответить на вопросы социально-демографического блока. Для проверки выдвинутых нами гипотез требовалось провести ряд подготовительных процедур (факторный анализ и подсчет  $\alpha$  Кронбаха) для перехода к новым переменным основного анализа.

---

<sup>1</sup> Анкета основывалась на данных, полученных нами в исследовании 1998–1999 годов, кроме того, при ее создании учитывались результаты, полученные на группах геев и наркоманов, не вошедшие в описание в главе 4. Наконец, для создания анкеты для кросс-культурного исследования мы учитывали результаты исследований по СПИДу, проведенных во Франции [Paicheler, Quemini, 1994, 1996].

**Результаты предварительного анализа.** *Представления о СПИДе и больных СПИДом.* В результате факторного анализа 28 переменных, касающихся представлений о СПИДе, было выявлено 8 факторов (объясняющих 58,47% от общей дисперсии), на основе которых были созданы новые переменные<sup>1</sup> для основного анализа. Первая переменная *забота о других* включала исходные пункты: «заботиться о других людях», «простить другим людям их негативное отношение к себе», «здоровье других», «события повседневной жизни». Вторая переменная, обозначенная как *просоциальная активность*, объединяла следующие исходные пункты: «благоприятствовать изменению общественного мнения в отношении больных СПИДом», «собирать средства на исследования в области СПИДа», «помогать другим больным СПИДом», «предостерегать здоровых людей об опасности заболевания». Третья переменная *социальная адаптация* включала пункты: «получить помощь от других», «иметь постоянную работу», «адаптация к жизни в обществе», «отношение к ним здоровых людей».

Аналогичный анализ, выполненный для 36 переменных, касающихся больных СПИДом, позволил выявить 9 факторов, объясняющих 61,1% от общей дисперсии. На основе этого анализа были получены новые переменные. Первая переменная *позитивные характеристики больных* включала исходные пункты: «дружелюбные», «хорошие», «добрые», «спортивные», «заботящиеся о других людях», «умные», «сильные», «энергичные», «красивые». Вторая переменная, обозначенная как *негативные характеристики больных*, объединяла пункты: «нечестные», «не любят жизнь», «грязные», «плохие», «эгоисты», «злые». Третья переменная, *социальное исключение*, включала пункты: «должны быть изгнаны здоровыми людьми», «отверженные».

Анализ надежности для пунктов по шкале социальной дистанции (аттитудов в отношении больных) позволил образовать новую переменную *социальная дистанция по отношению к больным*. Сходным образом была образована новая переменная *готовность участвовать в добровольных акциях в пользу больных*.

**Результаты основного анализа.** *Заинтересованность проблемами СПИДа.* Дальнейший анализ позволил сравнить, насколько члены различных групп в каждой подвыборке заинтересованы проблемами СПИДа. В результате дисперсионного анализа [ $3$  (геи  $\times$  наркоманы  $\times$  студенты)  $\times$   $2$  (русская подвыборка  $\times$  французская подвыборка)] были получены два эффекта: группы и страны.

---

<sup>1</sup> Для каждой новой переменной был подсчитан коэффициент  $\alpha$  Кронбаха, для дальнейшего анализа были использованы те переменные, для которых значение этого коэффициента превышало 0,6.

Таблица 14

**Среднее значение и стандартное отклонение для переменной  
«заинтересованность проблемами СПИДа»**

|                                   | <b>Геи</b>      | <b>Наркоманы</b> | <b>Студенты</b> | <b>Уровень<br/>значимости</b> |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------------------|
| <b>Российская<br/>подвыборка</b>  | 4,66<br>(2,46)  | 4,55<br>(2,53)   | 4,13<br>(1,70)  | 0,56                          |
| <b>Французская<br/>подвыборка</b> | 6,00a<br>(1,43) | 5,96a<br>(1,34)  | 4,68b<br>(1,86) | 0,000                         |

Средние значения с различными индексами различны по крайней мере на уровне  $p < 0,01$ .

В свою очередь группы меньшинства продемонстрировали более высокие показатели по данной переменной, чем контрольная группа: номическое меньшинство  $M = 5,35$  ( $SD = 2,1$ ), аномическое меньшинство  $M = 5,21$  ( $SD = 2,17$ ), группа студентов  $M = 4,43$  ( $SD = 1,8$ ),  $F(2,221) = 5,52$ ,  $p < 0,005$ .

В целом, респонденты в российской подвыборке продемонстрировали более низкую заинтересованность проблемами СПИДа, чем респонденты во французской подвыборке:  $M = 4,45$  ( $SD = 2,24$ ) против  $M = 5,49$  ( $SD = 1,7$ ),  $F(1,221) = 17,56$ ,  $p < 0,000$ .

Если в российской подвыборке не было выявлено различий между группами респондентов, то во французской подвыборке группы меньшинства продемонстрировали более высокую заинтересованность проблемами СПИДа, чем группа контроля. Соответственно: номическое меньшинство  $M = 6,00$  ( $SD=1,43$ ), аномическое меньшинство  $M = 5,96$  ( $SD = 1,34$ ), группа контроля  $M = 4,68$  ( $SD = 1,86$ ),  $F(2,114) = 9,1$ ,  $p < 0,000$  (табл. 14).

*Социальная дистанция по отношению к больным СПИДом.* Сходный анализ по переменной «социальная дистанция» по отношению к больным [3 (геи × наркоманы × студенты) × 2 (российская подвыборка × французская подвыборка)] также позволил получить два эффекта: группы и страны.

В целом, респонденты в российской подвыборке продемонстрировали большую социальную дистанцию в отношении больных  $M = 4,84$  ( $SD = 1,73$ ) по сравнению с французской подвыборкой —  $M = 5,94$  ( $SD = 1,36$ ),  $F(1,221) = 31,33$ ;  $p < 0,000$ . Эффект группы  $F(2,221) = 11,04$ ;  $p < 0,000$  проявился в том, что группы меньшинства продемонстрировали меньшую социальную дистанцию по отношению к больным по сравнению с группой контроля: геи  $M = 5,88$  ( $SD = 1,59$ ), наркоманы  $M = 5,49$  ( $SD = 1,65$ ), студенты  $M = 4,83$  ( $SD = 1,55$ ).

Если в российской подвыборке опять же не было выявлено различий между группами респондентов, то во французской подвыборке груп-

Таблица 15

**Среднее значение и стандартное отклонение для переменной  
«социальная дистанция по отношению к больным»**

|                                                          | <b>Геи</b>     | <b>Наркоманы</b> | <b>Студенты</b> | <b>Уровень значимости</b> |
|----------------------------------------------------------|----------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| <b>Российская подвыборка</b><br>$\alpha$ Кронбаха = .90  | 5,10<br>(1,82) | 4,98<br>(1,66)   | 4,44<br>(1,65)  | 0,20                      |
| <b>Французская подвыборка</b><br>$\alpha$ Кронбаха = .94 | 6,64a<br>(,80) | 6,07a<br>(1,45)  | 5,17b<br>(1,38) | 0,000                     |

Средние значения с различными индексами различны по крайней мере на уровне  $p < 0,05$ .

пы меньшинства продемонстрировали более низкую социальную дистанцию по отношению к больным, чем группа контроля (табл. 15).

*Готовность участвовать в добровольных акциях.* Анализ по переменной «готовность участвовать в добровольных акциях» свидетельствовал о различиях между группами —  $F(2,221) = 10,47$ ;  $p < 0,000$  (табл. 16). Номическое меньшинство продемонстрировало наибольшую готовность к участию в этой активности по сравнению с группой контроля:  $M = 4,21$  ( $SD = 1,62$ ) — в случае геев и  $M = 3,23$  ( $SD = 1,53$ ) — в случае студентов ( $p < 0,000$ ). Разница между меньшинствами оказалась менее выраженной — геи  $M = 4,21$  ( $SD = 1,62$ ), наркоманы  $M = 3,63$  ( $SD = 1,72$ ), ( $p < 0,06$ ). Подвыборки в каждой стране различались по этой переменной: российские респонденты имели более низкие показатели по готовности к добровольным акциям по сравнению с французскими  $F(1,221) = 39,47$ ;  $p < 0,000$ :  $M = 3,10$  ( $SD = 1,53$ ) и  $M = 4,29$  ( $SD = 1,47$ ) соответственно.

Группы в российской подвыборке продемонстрировали различный уровень готовности к участию в добровольных акциях в пользу больных СПИДом  $F(2,109) = 7,65$ ;  $p < 0,001$ . Номическое меньшинство значительно отличалось от остальных групп респондентов: геи  $M = 3,77$  ( $SD = 1,67$ ), студенты  $M = 2,53$  ( $SD = 1,06$ ), результаты различаются на уровне  $p < 0,001$ . Различия между меньшинствами значимо на уровне  $p < 0,05$ : номическое меньшинство  $M = 3,77$  ( $SD = 1,67$ ), аномическое меньшинство  $M = 2,94$  ( $SD = 1,53$ ).

Во французской подвыборке номическое меньшинство отличалось только от группы контроля соответственно:  $M = 4,64$  ( $SD = 1,47$ ) и  $M = 3,84$  ( $SD = 1,27$ ) ( $p < 0,03$ ) (см. табл. 14). Таким образом, полученные результаты соответствуют нашей первой гипотезе. Действительно, номическое меньшинство демонстрирует наибольшую готовность помочь больным по сравнению с другими группами испытуемых. По сути, представители этой группы включилась в борьбу против СПИДа и стигматизации в связи

**Среднее значение и стандартное отклонение для переменной  
«готовность участвовать в добровольных акциях в пользу больных»**

|                                                          | <b>Геи</b>      | <b>Наркоманы</b> | <b>Студенты</b> | <b>Уровень значимости</b> |
|----------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| <b>Российская подвыборка</b><br>$\alpha$ Кронбаха = .81  | 3,77a<br>(1,67) | 2,93b<br>(1,53)  | 2,53b<br>(1,06) | 0,001                     |
| <b>Французская подвыборка</b><br>$\alpha$ Кронбаха = .74 | 4,64c<br>(1,47) | 4,42c<br>(1,61)  | 3,84d<br>(1,27) | 0,03                      |

Средние значения с различными индексами различны по крайней мере на уровне  $p < 0,1$ .

Эффект группы:  $F(2,221) = 10,47$ ;  $p < 0,000$ .

Эффект страны:  $F(1,221) = 39,47$ ;  $p < 0,000$ .

со СПИДом первыми. Детальный анализ по каждой подвыборке показывает, что во французской подвыборке различие между меньшинствами по этой переменной отсутствует. Этот несколько неожиданный результат говорит в пользу того, что оба меньшинства «имели» достаточное количество времени для того, чтобы получить информацию о болезни, включиться в той или иной форме в борьбу против СПИДа и стигматизации больных. Кроме того, этот факт позволяет нам полагать, что в результате длительной дискуссии о СПИДе во Франции в сочетании с активной деятельностью ассоциаций позиция наркоманов перестала быть позицией индивидов, защищающих только самих себя перед лицом эпидемии. Вместе с тем они, конечно же, не превратились в номическое меньшинство.

Группа контроля — студенты — в обеих подвыборках в наименьшей степени стремится помогать больным. В сочетании с результатами, полученными по другим переменным, можно говорить, что группа студентов в наибольшей степени удалена от проблемы СПИДа, не интересуется ею. Данный факт указывает на то, что эта группа оказывается наиболее уязвимой по отношению к болезни в силу неинформированности о ней, в силу того, что для них это проблема *других*.

*Оценка риска заражения.* Серии кластерного анализа показали, что практически для всех групп респондентов (исключение составляют студенты — группа контроля в российской подвыборке) существует ряд групп, для которых риск заражения оценивается как повышенный: наркоманы, геи, проститутки. Этот результат демонстрирует, что оба меньшинства оцениваются как более уязвимые к болезни, чем все остальные. Кроме того, было показано, что собственный риск заражения оценивается как меньший по сравнению с риском для своей группы.

Наконец, для проверки второй гипотезы был предпринят корреляционный анализ, который позволил выявить те переменные (представ-

**Связь представлений о СПИДе и о больных, аттитудов  
по отношению к СПИДу и к больным с готовностью участвовать  
в добровольных акциях в пользу больных**

|                               | <b>Геи</b>                                                                                                                                                                                | <b>Наркоманы</b>                                                             | <b>Студенты</b>                                                             |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Российская подвыборка</b>  | Забота о других (.43**)<br>Просоциальная активность (.47**)<br>Позитивные характеристики больных (.42**)<br>Заинтересованность проблемами СПИДа (. 45**)<br>Социальное исключение (–.39*) | Позитивные характеристики больных (.58**)                                    | Просоциальная активность (.37*)<br>Позитивные характеристики больных (.38*) |
| <b>Французская подвыборка</b> | Социальная дистанция (.39**)                                                                                                                                                              | Просоциальная активность (.39*)<br>Негативные характеристики больных (–.43*) | Позитивные характеристики больных (.44**)                                   |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01.

ления и аттитуды), которые оказываются связаны с готовностью участвовать в добровольных акциях в пользу больных (табл. 17).

Итак, для номического меньшинства в российской подвыборке готовность к участию в добровольных акциях в пользу больных позитивно связана с просоциальной активностью, заботой о других, позитивными характеристиками больных, заинтересованностью проблемами СПИДа. Негативная связь была выявлена между готовностью и социальным исключением больных. В случае аналогичного меньшинства во французской подвыборке социальная дистанция оказывается связанной с этой готовностью.

В случае аномического меньшинства в российской подвыборке готовность к действиям соотносится с позитивными характеристиками больных. Это для этого же меньшинства во французской подвыборке готовность позитивно связана с просоциальной активностью и негативно — с негативными характеристиками больных.

Наконец, для группы контроля в российской подвыборке готовность к участию в добровольных акциях коррелирует с просоциальной активностью и позитивными характеристиками больных, а во французской подвыборке — только с позитивными характеристиками больных.

Интегрируя данные корреляционного анализа, можно говорить о том, что готовность участвовать в добровольных акциях оправдывается различными системами аргументов (более или менее сложными). Исключения составляют наркоманы (аномическое меньшинство) в российской подвыборке и студенты (группа контроля) во французской подвыборке. Для них обоснование для готовности к помощи достаточно простое: я готов помогать больным, если они *хорошие люди*.

В случае номического меньшинства в российской подвыборке эта система аргументации, связанная с готовностью к добровольным действиям, более сложная. Высокий уровень готовности (по сравнению с другими группами подвыборки) оправдывается системой аргументов, включающей заботу о других, просоциальную активность, социальное исключение, позитивные характеристики больных и заинтересованность проблемами СПИДа. Эта система включает как представления о СПИДе и больных, так и аттитуды по отношению к болезни. Принимая во внимание историю эпидемии СПИДа в России, можно предполагать, что это меньшинство находится в начале своего социального активизма, более сложная система аргументов соответствует более высоким показателям по готовности участвовать в добровольных действиях в пользу больных.

В аналогичной группе во французской подвыборке один-единственный аргумент связан с готовностью участвовать в добровольных акциях — низкая социальная дистанция по отношению к больным. Этот результат становится понятным, если опять же обратиться к истории эпидемии и социального активизма во Франции [Barbot, 2000; Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000; Pierret, 2001]. Номическое меньшинство играло решающую роль в борьбе против СПИДа и стигматизации больных. Вполне возможно, что система аргументации для этой группы сводится теперь к единственному аргументу — низкой социальной дистанции по отношению к больным. Именно этот параметр оправдывает высокую готовность к действиям в пользу больных.

В случае аномического меньшинства в российской подвыборке аргументация вовлечения в добровольные действия простая — позитивные характеристики больных. Наркоманы оказываются той группой, которую в наибольшей степени коснулась эпидемия [Доклад о глобальной эпидемии..., 2002, 2006], при этом они разделяют очень простое объяснение готовности помогать больным СПИДом. В группе наркоманов во французской подвыборке готовность участвовать в добровольных акциях в пользу больных оправдывается такими параметрами, как просоциальная активность и негативные характеристики больных. Вероятно, что публичный дискурс о болезни во Франции и активность ассоциаций по борьбе со СПИДом и со стигматизацией способствовали модификации позиции наркоманов. Теперь это не просто позиция по защите только собственной группы, но и готовность помочь больным СПИДом, борьба со стигматизацией.

Наконец, в группе студентов (группа контроля) в российской подвыборке низкий уровень готовности участвовать в добровольных акциях оправдывается указанием на просоциальную активность и на позитивные характеристики больных. В аналогичной группе во французской подвыборке низкий уровень готовности оправдывается простой аргументацией — позитивными характеристиками больных. Этот факт указывает на удаленность этой группы от проблем СПИДа, что делает ее в наибольшей степени уязвимой по отношению к болезни.

Полученные результаты позволяют нам говорить о том, что эффект принадлежности к номическому меньшинству очевиден в обеих подвыборках, в то время как эффект принадлежности к аномическому меньшинству очевиден лишь в случае российской подвыборки. Таким образом, наша вторая гипотеза получила только частичную поддержку.

Французские респонденты продемонстрировали более высокую заинтересованность проблемами СПИДа, а также более высокий уровень готовности участвовать в добровольных акциях в пользу больных в сочетании с более низкой социальной дистанцией по сравнению с российскими участниками исследования, что соответствует нашей третьей гипотезе.

Эти различия между группами аномического меньшинства в двух подвыборках, а также между подвыборками в целом обусловлены эволюцией болезни в России и Франции. Так, ситуация, сложившаяся во Франции к моменту исследования (начало 2000 года), соответствует некоторому снижению интереса к проблеме болезни, спаду не только активности ассоциаций по борьбе со СПИДом и против стигматизации больных, но и изменению стратегии глобальных превентивных кампаний [Herzlich, 2002; Paicheler, Laurindo da Silva, Sitbon, 2000]. Пик активности в отношении этой проблемы уже был пройден. В России же исследование проводилось в то время (конец 1999 года), когда была реализована лишь первая волна превентивных кампаний, активность ассоциаций по борьбе со СПИДом едва ли могла формировать представления о болезни и больных.

Полученные результаты по российской подвыборке послужили основой для нашего дальнейшего исследования проблем СПИДа. Фокус нашего внимания переместился на контрольную группу настоящего исследования — студентов. Это объясняется тем, что эта группа в наибольшей степени удалена от проблем болезни, что делает ее более уязвимой и незащищенной в ситуации эпидемии СПИДа.

### **5.3. «Молчание» как превентивная стратегия в эпоху СПИДа<sup>1</sup>**

Продолжая избранную линию исследования, мы решили проанализировать, как вовлеченность в межличностную коммуникацию по проблемам СПИДа отражается на представлениях о болезни и больных в

---

<sup>1</sup> Излагаемое здесь исследование было поддержано стипендией ректора МГУ имени М. В. Ломоносова для молодых ученых и преподавателей (2002 г.).

группах молодежи. Напомним, что коммуникации, в которых порождаются представления, могут происходить на четырех уровнях — межличностном (или интрагрупповом), публичных дебатов, СМИ, культурной коммуникации [Moliner, 2001]. Первый уровень предполагает активное участие индивида в обсуждении, например, проблем СПИДа. На остальных уровнях индивид не принимает непосредственного участия, но оказывается скорее реципиентом информации. При этом он может занимать активную или пассивную позицию. В случае активной позиции индивид оказывается вовлеченным в межличностную (интрагрупповую) коммуникацию с ближайшим окружением той информацией, которую он получил посредством других уровней коммуникации, что в результате способствует выработке нового значения обсуждаемого объекта. В случае пассивной позиции индивид принимает информацию как некоторую данность, не размышляя над ней, не разделяя с другими. Различия в позициях, занимаемых индивидами, вероятно, ведут к различиям в формируемых представлениях, в системе аргументации в пользу выполнения или невыполнения поведения, связанного со СПИДом. Эти различия мы и предполагали выявить в данном исследовании. Таким образом, **основными целями** этого исследования было изучение: 1) того, как включенность в обсуждение проблем СПИДа с непосредственным окружением отражается на представлениях о СПИДе и больных СПИДом, а также аттитюдах в отношении больных в группах молодежи; 2) соотношения представлений и аттитюдов в отношении болезни и больных с готовностью к участию в добровольной активности в пользу больных в группах, вовлеченных в обсуждение проблем СПИДа с непосредственным окружением (группа 1) и не вовлеченных в обсуждение (группа 2).

**Объектом** нашего исследования стала молодежь в возрасте от 18 до 25 лет. Выборку составили группы молодежи Москвы  $N = 210$  респондентов<sup>1</sup> ( $M_{\text{возраста}} = 20,8$ ,  $SD = 1,7$ ), 39,4% мужчин. Первая группа (вовлечены в обсуждение проблем СПИДа) насчитывала 123 респондента, вторая группа (не вовлечены в обсуждение проблем СПИДа) — 87 респондентов, 7 анкет были исключены из анализа в силу их частичной заполненности.

**Предметом** исследования явились представления о СПИДе и о больных, аттитюды в отношении больных, а также готовность к участию в добровольных акциях в пользу больных СПИДом.

Конструируя представления о тех или иных объектах, явлениях, люди основываются на собственном непосредственном опыте, на различной информации и знаниях, передаваемых как посредством образования, традиции, так и социальной коммуникации. В интрагрупповых коммуникациях по проблемам СПИДа конструируются и разделяются

---

<sup>1</sup> Респондентами исследования были молодые люди и девушки гетеросексуальной ориентации, не имеющие опыта внутривенного использования наркотиков.

представления о болезни и больных. Эти обсуждения способствуют «осмыслению» информации, с которой люди сталкиваются. Таким образом, мы исходили из ряда **гипотез** о различиях в представлениях о СПИДе и больных в двух подгруппах, включенных в обсуждение (группа 1) и не включенных в обсуждение проблем СПИДа (группа 2). Респонденты в первой группе в большей степени заинтересованы проблемами СПИДа и готовы к участию в добровольных акциях в пользу больных по сравнению с респондентами во второй группе. Предполагалось также, что респонденты в первой группе имеют более сложную систему представлений о СПИДе и больных и аттитудов в отношении больных, оправдывающую более высокий уровень готовности к участию в добровольных акциях, по сравнению с респондентами во второй группе. Наконец, респонденты в первой группе будут оценивать риск заболевания для различных социальных категорий как более высокий, чем респонденты во второй группе, однако обе группы будут оценивать собственный риск заболевания как более низкий по сравнению с другими социальными категориями.

Для проверки выдвинутых предположений нами использовался тот же опросник, что и в предыдущем исследовании. Важным дополнением опросника были вопросы о вовлеченности в обсуждение проблем СПИДа представителей ближайшего окружения (родителей, сексуальных партнеров, друзей, врачей, знакомых и случайных собеседников).

**Результаты предварительного анализа.** Для проверки выдвинутых нами гипотез требовалось провести ряд подготовительных процедур (серии факторного анализа и подсчет коэффициента  $\alpha$  Кронбаха) для перехода к новым переменным основного анализа.

*Представление о СПИДе и о больных.* Оценки по шкалам, направленным на выявление представлений о СПИДе, были подвергнуты процедуре факторного анализа (метод главных компонент и варимакс-вращение). Для перехода к новым переменным из 9 факторов, объясняющих 64% от общей дисперсии, были выбраны 2, значение каждого из которых превышало 10%. Одна переменная — *просоциальная деятельность* — включала исходные пункты: «индивидуальные меры предохранения»; «заботиться о других людях»; «помогать другим больным СПИДом»; «не распространять заболевание»; «благоприятствовать изменению общественного мнения в отношении больных СПИДом»; «предостерегать здоровых людей об опасности заболевания»; «человеческие ценности» ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,82). Вторая переменная — *забота о собственном будущем* — объединила исходные пункты: «их будущее»; «их здоровье»; «излечение» ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,69).

Аналогичной процедуре были подвергнуты данные, касающиеся представлений о больных. Для перехода к новым переменным из 11 факторов, объясняющих 66% от общей дисперсии, были выбраны 2, каж-

дый из которых объяснял более 10% от общей дисперсии. Первая новая переменная — *негативные характеристики больных* — включала исходные пункты: «злые»; «нечестные»; «эгоисты»; «изгой»; «пессимисты»; «рискующие»; «виноватые»; «завистливые»; «плохие» ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,81). Вторая переменная — *позитивные характеристики больных*: «дружелюбные»; «хорошие»; «приятные»; «умные»; «сильные»; «спортивные»; «заботящиеся о других людях» ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,83).

*Социальная дистанция по отношению к больным.* Новая переменная — *социальная дистанция* — объединила пункты: «клиника для больных СПИДом организована на вашей улице»; «больной СПИДом живет по соседству»; «больной СПИДом учится в вашей группе / работает вместе с вами»; «больной СПИДом приходит к вам в гости» ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,95).

*Готовность к участию в добровольных акциях.* Новая переменная *готовность к участию в добровольных акциях*, направленная на измерение степени готовности к участию в добровольных акциях, объединила все пункты шкалы ( $\alpha$ -коэффициент Кронбаха = 0,82).

**Результаты основного анализа.** *Представления о СПИДе и больных СПИДом и готовность к участию в добровольных акциях.* Большинство респондентов в обеих группах считают СПИД неизлечимой болезнью (67,8% и 63,3% соответственно в первой и второй группах). Сравнения средних значений по новым переменным (просоциальная деятельность, забота о собственном будущем, негативные и позитивные характеристики больных, социальная дистанция, готовность к участию в добровольных акциях, а также заинтересованность проблемами СПИДа) в двух группах — тех, кто вовлечен в обсуждение проблем СПИДа с ближайшим окружением (группа 1), и тех, кто не вовлечен в такие обсуждения (группа 2), с помощью *t*-критерия Стьюдента дали следующие результаты.

Респонденты в первой группе отличаются от респондентов во второй группе по всем переменным, за исключением двух: забота о собственном будущем и социальная дистанция в отношении больных (табл. 18). Для представителей обеих групп факт заболевания СПИДом делает более важным заботу о собственном будущем, чем просоциальную деятельность: для первой группы ( $M_{\text{просоциальная деятельность}} = 5,4$  ( $SD = 1,11$ );  $M_{\text{забота о собственном будущем}} = 5,78$  ( $SD = 1,21$ );  $t = -2,95$ ,  $p < 0,004$ ) и для второй группы ( $M_{\text{просоциальная деятельность}} = 5$  ( $SD = 1,05$ );  $M_{\text{забота о собственном будущем}} = 5,4$  ( $SD = 1,5$ );  $t = -1,49$ ;  $p > 0,1$ ). Сравнение данных по двум группам также показывает, что с точки зрения первых заболевание СПИДом повышает значимость для больных их просоциальной деятельности (помощь другим, предостережение от болезни, не распространение болезни, благоприятствование изменению общественного мнения в отношении больных

Таблица 18

**Средние значения по новым переменным для двух групп  
и значения t-критерия**

| <b>Переменная</b>                          | <b>Первая группа</b> | <b>Вторая группа</b> | <b>t-критерий</b> |
|--------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Просоциальная деятельность                 | 5,4 (1,11)           | 5 (1,05)             | 2,28*             |
| Забота о собственном будущем               | 5,78 (1,21)          | 5,4 (1,5)            | —                 |
| Негативные характеристики больных          | 3,6 (1,06)           | 3,21 (1,2)           | 2,13*             |
| Позитивные характеристики больных          | 3,9 (0,97)           | 3,36 (1,1)           | 2,99**            |
| Социальная дистанция                       | 3,75 (1,8)           | 3,48 (1,81)          | —                 |
| Заинтересованность проблемами СПИДа        | 5,35 (1,23)          | 4,09 (1,57)          | 5,35***           |
| Готовность к участию в добровольных акциях | 3,4 (1,28)           | 2,37 (0,97)          | 5,02***           |

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

СПИДом). Факт болезни делает больных очевидцами событий, дает им возможность информировать и помогать *здоровым*.

Если респонденты в первой группе приписывали больным СПИДом в большей степени позитивные, чем негативные, характеристики ( $M_{\text{позитивные характеристики}} = 3,9$  ( $SD = 0,97$ );  $M_{\text{негативные характеристики}} = 3,6$  ( $SD = 1,06$ );  $t = -2,29$ ;  $p < 0,023$ ), то респонденты во второй группе приписывали больным позитивные и негативные черты в равной мере ( $M_{\text{позитивные характеристики}} = 3,36$  ( $SD = 1,81$ );  $M_{\text{негативные характеристики}} = 3,21$  ( $SD = 1,2$ );  $t = -0,67$ ;  $p > 0,5$ ). Респонденты во второй группе приписывали больным как менее позитивные, так и менее негативные характеристики. Очевидно, что в первой группе представления о больных более определенные, чем во второй.

Большая заинтересованность проблемами СПИДа и большая готовность к участию в добровольных акциях были выявлены именно среди представителей первой группы (см. табл. 18), что говорит в пользу нашей первой гипотезы.

Интегрируя полученные результаты, можно говорить о различиях, существующих между респондентами двух групп: на уровне представлений о СПИДе и о больных, на уровне аттитудов в отношении этих людей и готовности к добровольным действиям для них. Те респонденты, которые включены в дискуссию проблем СПИДа, считают, что факт заболевания СПИДом (неизлечимой болезнью) повышает для больных

значимость просоциальных действий. Они приписывают более позитивные черты больным, высказывают свою заинтересованность проблемами и готовность к добровольным действиям в пользу больных по сравнению с теми респондентами, которые не включены в обсуждения проблем СПИДа.

Вопрос, который остается пока без ответа: как соотносятся эти представления и аттитюды с готовностью к добровольным действиям в пользу больных? Корреляционный анализ, проведенный в каждой группе в отдельности, и должен был дать ответ на этот вопрос. Его результаты показали, что в первой группе система представлений о СПИДе и о больных и аттитюды по отношению к ним связаны с готовностью к участию в добровольных акциях и включают элементы: позитивные характеристики больных ( $r = 0,20^*$ ), заинтересованность проблемами СПИДа ( $r = 0,36^{***}$ ) и социальная дистанция по отношению к больным ( $r = 0,21^*$ ). Во второй группе ни один элемент представлений или аттитюдов не связан с готовностью к участию в добровольных акциях. Этот факт хорошо сочетается с результатами по второй группе, описанными выше. Незаинтересованность и невовлеченность в обсуждение проблем СПИДа, низкая готовность к добровольным действиям в пользу больных можно рассматривать как характеристики «надежной» стратегии поведения в эпоху СПИДа: «Не обсуждаю — проблема не существует». Очевидно, что те, кто выбирает именно такую стратегию поведения, оказываются наиболее уязвимыми по отношению к болезни, с одной стороны, равнодушными или предубежденными в отношении больных — с другой. Включенность в обсуждение способствует формированию представлений, которые, в свою очередь, оправдывают определенное поведение. В первой группе, респонденты которой вовлечены в обсуждение проблем СПИДа, элементы представлений и аттитюдов связаны с готовностью к добровольным акциям, в то время как во второй группе такие связи отсутствуют. Эти результаты говорят в пользу нашей второй гипотезы о связи представлений и аттитюдов с готовностью к участию в добровольных акциях.

**Риск заболевания СПИДом.** Сравнения с помощью t-критерия Стьюдента оценок риска для различных социальных категорий и для себя, данных респондентами в двух группах, не обнаружили значимых различий ( $p > 0,05$ ). Исключение составляли врачи ( $M_1 = 4,19$  ( $SD_1 = 1,73$ ) против  $M_2 = 3,52$  ( $SD_2 = 1,78$ ),  $t = 2,33$ ,  $p < 0,022$ ). В целом, иерархия групп, уязвимых по отношению к заболеванию СПИДом, сходна в обеих группах. «Группами риска» являются в обоих случаях: *наркоманы* —  $M_1 = 6,84$  ( $SD_1 = 0,66$ );  $M_2 = 6,90$  ( $SD_2 = 0,36$ ); *проститутки* —  $M_1 = 6,56$  ( $SD_1 = 0,92$ );  $M_2 = 6,54$  ( $SD_2 = 0,89$ ); *гомосексуалы* —  $M_1 = 5,78$  ( $SD_1 = 1,54$ );  $M_2 = 5,68$  ( $SD_2 = 1,77$ ); *бомжи* —  $M_1 = 5,41$  ( $SD_1 = 1,79$ );  $M_2 = 5,26$

( $SD_2 = 1,84$ ); *сексуально активные люди*<sup>1</sup> —  $M_1 = 5,02$  ( $SD_1 = 1,63$ );  $M_2 = 4,92$  ( $SD_2 = 1,58$ ) и *заклученные* —  $M_1 = 4,8$  ( $SD_1 = 1,75$ );  $M_2 = 4,64$  ( $SD_2 = 1,77$ ), наименее уязвимой является категория «Я сам» в обеих группах:  $M_1 = 2,59$  ( $SD_1 = 1,26$ );  $M_2 = 2,24$  ( $SD_2 = 1,22$ ). Этот результат согласуется с данными, полученными ранее [Bovina, Butera, 2001; Goodwin, Realo, Kwiatkowska, Kozlova, Nguyen Luu, Nizharadze, 2002]. Нереалистическая оценка риска выполняет роль «защиты» от болезни, субъект недооценивает вероятность угрозы для своего здоровья и, как следствие, игнорирует превентивные меры.

Анализ, проведенный с использованием t-критерия Стьюдента, показал, что в обеих группах категория «Я сам» была оценена как менее всего подверженная риску, чем все остальные категории (при сравнении всех социальных категорий с категорией «Я сам» значения t-критерия статистически значимы на уровне как минимум  $p < 0,05$  для всех категорий, кроме категории «безработные» в первой группе ( $t = 1,18$ ,  $p > 0,1$ ). Для второй группы исключение составили категории: «безработные», «бедные», «художники» (соответственно  $t = 2$ ,  $p > 0,05$ ;  $t = 1,52$ ,  $p > 0,1$ ;  $t = 1,95$ ,  $p > 0,05$ ). Эти результаты позволяют частично принять нашу третью гипотезу, касающуюся оценки риска заболевания СПИДом для различных социальных категорий и собственного риска. Как и предполагалось, в обеих группах присутствует «нереалистически оптимистическая» оценка собственного риска заболеть СПИДом, респонденты в обеих группах считают, что собственный риск заражения минимален. Однако другая часть нашей гипотезы, согласно которой респонденты в первой группе будут оценивать риск заболевания для различных социальных групп выше, чем респонденты во второй группе, не получила эмпирической поддержки. Различия в оценках риска в данном случае не были статистически значимыми.

В данном случае также представляется возможным говорить об аутистическом характере представлений о риске заболевания СПИДом. Для респондентов обеих групп есть определенные категории, наиболее всего уязвимые по отношению к СПИДу. Такое приписывание риска заболевания выполняет защитную функцию, с этим можно связывать тот факт, что собственный риск оценивается как минимальный.

Полученные результаты позволяют нам сделать ряд выводов. Так, респонденты, вовлеченные в обсуждение проблем СПИДа с непосредственным окружением, представляют СПИД как смертельно опасную болезнь, которая неизбежно заставляет больных СПИДом не только заботиться о себе, но и о других, информировать и предостерегать их об опасности болезни. Самим больным они приписывают в большей сте-

---

<sup>1</sup> Вероятно, этой категории испытуемые приписывали повышенный риск заболевания СПИДом, подразумевая людей, имеющих многочисленные контакты с различными партнерами.

пени позитивные, чем негативные, характеристики. Представители этой части молодежи высказали свою заинтересованность проблемами СПИДа и готовность к участию в добровольных акциях в пользу больных. Вместе с этим респонденты имеют негативные аттитуды в отношении самих больных, выражающиеся в высокой социальной дистанции между ними. Получается, что они готовы к действиям в пользу больных, однако при этом не желают взаимодействовать с ними непосредственно.

Респонденты, не вовлеченные в обсуждение проблем СПИДа со своим окружением, также представляют СПИД как смертельную болезнь, которая, однако, заставляет больных заботиться о себе и своем собственном будущем, а не о других. Самим больным они приписывают в равной мере позитивные и негативные характеристики и высказывают также высокую социальную дистанцию в отношении этих людей. Эта часть респондентов в наименьшей степени заинтересована проблемами СПИДа и в наименьшей степени готова к добровольным акциям в пользу больных.

В случае респондентов, вовлеченных в обсуждение проблем СПИДа, готовность к участию в добровольной активности в пользу больных связана с позитивными характеристиками, приписываемыми больным, заинтересованностью проблемами СПИДа и социальной дистанцией в отношении больных. В то время как в случае респондентов, не вовлеченных в обсуждение проблем СПИДа, готовность не связана ни с одним элементом представлений о СПИДе и больных или аттитудов. Можно говорить о том, что невключенность в интрагрупповое обсуждение проблем СПИДа, удаленность от данной темы оборачиваются не только некоторой «размытостью» представлений о болезни и больных, но и отсутствием связей между представлениями, аттитудами и поведенческими интенциями, а также негативным отношением к самим больным. Этот случай противоречит народной мудрости, согласно которой «молчание — золото», он скорее созвучен идее глобальной кампании по борьбе со СПИДом, основным лозунгом которой было «молчание — смерть».

В обеих группах повышенный риск заболевания СПИДом приписывается определенным категориям: наркоманы, проститутки, гомосексуалы, бомжи, сексуально активные люди и заключенные. Себя респонденты не считают уязвимыми по отношению к данной болезни. Эта «нереалистически оптимистическая» оценка риска оборачивается, вероятно, игнорированием превентивных мер, ставит под угрозу здоровье этих людей.

Суммируя данные, полученные в серии изложенных здесь исследований, можно сделать некоторые выводы. Ключевыми элементами представлений о больных СПИДом в конце 1990-х годов были указания на негативные эмоциональные переживания, групповую принадлежность больных (*другие*), обреченность, указания на их физические характеристики, случайность заражения, их сходство со здоровыми. В случае пред-

ставлений о больных раком ключевыми оказываются указания на эмоциональные переживания, физические состояния, их обреченность, с одной стороны, а с другой — надежда на излечение, сходство со здоровыми. Выраженность категорий в случае представлений о больных СПИДом и раком различна. Эмоциональные переживания и физические симптомы в большей степени выражены в случае больных раком, а обреченность больных — в случае представления о больных СПИДом. В случае представлений о больных раком не удастся выделить какую-то определенную практику или групповую принадлежность больных для того, чтобы сделать их *другими*, объяснить причины болезни, защититься от нее. На уровне представления заболевание СПИДом связывается с групповой принадлежностью больных. Отношение общества к больным и с больными в представлениях о больных в обоих случаях различно (в случае СПИДа — это и страх, и желание избегать контактов с больными, и некоторая жалость; в случае рака — больные в большей степени вызывают жалость, они — беспомощные, нуждающиеся в помощи окружающих людей). Тем не менее в обоих случаях эти элементы являются фактами не группового разделенного, но индивидуального опыта, так как располагаются в периферической системе.

Сравнение результатов исследования конца 1990-х годов с исследованием 2006–2007 годов позволяет говорить о том, что, хотя СПИД по-прежнему представляется социальной проблемой, коллективной угрозой, можно констатировать определенные изменения представлений, указывающие на «нормализацию» болезни и на соответствующие модификации представления о больных. Больные — это *другие*, виновные в своей смертельной болезни. Отношение общества с больными и к больным занимает важное место в представлениях. Страх и реакция избегания больных, очевидно, взяты под контроль респондентами, на что указывает расположение этих элементов в представлении.

Публичная дискуссия о СПИДе способствует формированию представлений о болезни и больных, выработке аргументации, оправдывающей готовность помогать больным СПИДом. Эта готовность к добровольным действиям в конце 1990-х годов оказалась выше в группе, которую эпидемия коснулась раньше всего, — группе геев. Группа студентов же в наименьшей степени представляла болезнь как касающуюся их проблему. Вовлеченность в обсуждение проблем СПИДа в межличностном контексте способствует построению системы аргументации, обоснованию поведения в отношении *других*. В противоположность этому невовлеченность в такие обсуждения оборачивается как уязвимостью по отношению к болезни в силу игнорирования ее угрозы для себя лично, так и негативным отношением к больным.



## ОТ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ К СОЦИАЛЬНЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

---

### **6.1. «В здоровом теле — здоровый дух»? Анализ профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни**

В исследовании по представлениям о здоровье, предпринятом в 2002 году, здоровье практически не ассоциировалось с понятием «здоровый образ жизни», менее 5% респондентов указали это понятие [Бовина, 2005], в исследовании 2006–2007 годов этот элемент стал составляющей периферической системы представления (потенциальной зоны изменения представления). С одной стороны, этот факт можно понимать так, что респонденты в своем индивидуальном опыте сталкиваются с этим явлением. С другой — в ответах на вопрос о способах заботы о собственном здоровье (в том же самом исследовании) респонденты зачастую указывали на здоровый образ жизни, при этом они давали разнообразные объяснения этого понятия, палитра мер достаточно широка, но наиболее часто встречающимися были указания на занятие спортом, на правильное (здоровое) питание или диету (см. гл. 4). Это разнообразие в отношении объяснения одного и того же объекта позволяет предполагать, что в данном случае мы имеем дело с формированием нового представления или изменением уже имеющегося. Сам объект представления *здоровый образ жизни* не является новым, его определения даются в медицинской литературе на протяжении нескольких десятилетий. Однако именно в настоящий момент этот объект стал социально значимым, он широко представлен в публичном дискурсе (меры по формированию здорового образа жизни обсуждаются на высоком государственном уровне, на уровне печатных СМИ есть одноименные издания, в интернет-коммуникациях он активно используется для обозначения разнообразных рубрик, посвященных проблемам здоровья и болезни).

Если обратиться к медицинскому определению, то здоровый образ жизни — это «рациональный образ жизни, неотъемлемой чертой которого является активная деятельность, направленная на сохранение и улучшение здоровья» [Лисицын, 1991. С. 223]. Выделяется несколько

сфер, в которых человек должен действовать. В качестве основных доступных для всех способов формирования здорового образа жизни предлагаются следующие: «искоренение вредных привычек, воспитание культуры общения, поведения, питания, соблюдение режима труда и отдыха, систематические занятия физической культурой и спортом, повышение общей санитарной культуры и гигиенических знаний» [Там же. С. 224]. Подчеркнем два важных момента этого определения: во-первых, здоровый образ жизни подразумевает *активную деятельность*, т.е. предполагается, что здоровый образ жизни не сводится только к избеганию влияния вредных факторов; во-вторых, это *ряд* действий в различных сферах. Хотя только в отношении занятий спортом и физкультурой говорится о систематических занятиях, можно предположить, что и остальные действия должны предприниматься с определенной регулярностью.

В зарубежной социально-психологической литературе можно обнаружить, что здоровый образ жизни «выражается в действиях, которые предпринимают люди с целью сохранить или улучшить свое здоровье» [Тейлор, Пипло, Сирс, 2004. С. 646]. В качестве таких действий указывается потребление полезной пищи, регулярная физическая активность, отказ от использования вредных веществ в виде табака, алкоголя и наркотиков, нормальная продолжительность сна, использование ремней безопасности, солнцезащитного крема, презервативов, контроль за весом тела, а также регулярное участие в медицинском обследовании и профилактике здоровья (в том числе подразумевается вакцинация). В классическом исследовании 1970-х годов было продемонстрировано, что соблюдение базовых принципов здорового образа жизни связано с заболеванием меньшим количеством различных болезней, а также с более высоким уровнем своей энергии [Там же]. Опять же акцент делается на том, что здоровый образ жизни подразумевает регулярное выполнение набора мер. Причем выполнение мер в одной сфере не означает выполнения действий в другой сфере, соответственно по отсутствию вредных привычек невозможно предсказать занятие спортом, следование режиму дня, контроль за питанием, выполнение санитарно-гигиенических требований. Можно предполагать, что прогнозирование поведения, связанного с реализацией здорового образа жизни (как набора мер), требует исследования убеждений, оправдывающих выполнение этого набора мер.

В недавних отечественных работах можно найти и такую трактовку понятия здорового образа жизни: «типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая успешное выполнение социальных и профессиональных функций, независимо от политических, экономических или социально-психологических ситуаций» [Носова, 2004. С. 9]. Обращает внимание и еще одна серия теоре-

тических положений, а не эмпирических исследований в отношении здорового образа жизни. Так, под здоровым образом жизни предлагается понимать «концентрированное выражение взаимосвязи образа жизни и здоровья человека. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья и развития условиях» [Психология здоровья, 2006. С. 243]. В этом определении, с нашей точки зрения, делается преимущественный акцент на инструментальной ценности здоровья. Здоровье в первую очередь необходимо для выполнения более важных функций, а не является абсолютной ценностью, когда быть здоровым — хорошо само по себе. В качестве препятствий на пути реализации этого образа жизни автор выдвигает следующие, отчасти специфические для отечественной ситуации: у населения не сформировалась мотивация на бережное отношение к собственному здоровью; в природе человеческой изначально заложена медленная реализация обратных связей (негативных и позитивных воздействий на организм); наконец, здоровье не занимает первого места в иерархии потребностей человека, что объясняется низкой культурой людей [Там же]. Можно было бы добавить, что здоровье как ценность обладает специфическим содержанием, характерным для русской культуры, если анализировать ценности с точки зрения идей С. Шварца [Тихомандрицкая, 2000]. В целом, эти положения в отношении здорового образа жизни крайне любопытны, однако требуют эмпирической проверки.

Обзор существующей на настоящий момент литературы свидетельствует об исследованиях, выполненных в рамках различных дисциплин (валеологии, социологии, психологии здоровья, социальной психологии и др.) и посвященных отдельным компонентам здорового образа жизни, способам изменения проблемного поведения на здоровое, разработке программ по продвижению здорового образа жизни на примере прекращения курения [например: Bozionelos, Bennet, 1999; Campbell, Mays, Yuan, Muramoto, 2007; Masel, Rudkin, Peek, 2006; Plavina, 2006, и др.], но при этом работы, анализирующие то, как люди представляют здоровый образ жизни, на какие убеждения они опираются, строя свое поведение по его реализации, как эти представления трансформируются, что, в свою очередь, ведет к изменению соответствующего поведения, практически отсутствуют. Все это определяет новизну двух исследований по представлениям о здоровом образе жизни, которые излагаются в данной главе, а также указывает на их важность.

*Целью* данного исследования был анализ того, как эксперты представляют здоровый образ жизни, на какой критерий они опираются, определяя здоровый образ жизни, как он реализуется, что, с их точки зрения, может препятствовать его реализации. *Объектом* нашего исследования были эксперты в области медицины. Этот объект интересен тем, что профилактика здорового образа жизни является частью их про-

фессиональной деятельности, они обладают как теоретическим знанием, так и профессиональным опытом в связи со здоровым образом жизни. Эти знания и опыт являются источником построения их представлений о здоровом образе жизни. Выборку  $N = 173$  составили медицинские работники среднего и высшего звена (различных поликлиник, медицинских центров и больниц г. Москвы и г. Мытищи), студенты старших курсов медицинских факультетов (соответственно: 30,1%, 54,3% и 15,6%),  $M_{\text{возраста}} = 30,5$  лет,  $SD = 10,2$ . *Предметом* исследования были представления о здоровом образе жизни. По аналогии с обозначением, сделанным Н. Морантом (1995), эти представления могут быть названы профессиональными социальными представлениями. Эти представления отличны от тех, на которые опираются не-эксперты. Именно эксперты — носители опыта и знаний в данной области — являются источником информации, на основе которой строятся представления о здоровье и болезни, о здоровом образе жизни, о профилактических мерах и превентивных действиях среди не-экспертов. Сравнение экспертных и не-экспертных знаний представляется интересным вопросом, ибо в определенные исторические моменты было достаточно трудно провести границу между ними. Так, до XVIII века медицинское знание было ограниченным, таким образом, эксперты и не-эксперты использовали сходные объяснения причин болезней [Farr, 1995]. С развитием научного знания и технологий ситуация, как напоминает Р. Фара [Ibid], резко изменилась, в результате образовался разрыв между миром экспертов и не-экспертов. Однако у нас есть основания утверждать, что эти два мира сближаются в определенных ситуациях и в современном мире. Так, появление новой неизвестной болезни, угрожающей здоровью и жизни человека, как в случае СПИДа, является той самой ситуацией, когда позиции сближаются.

Насколько позволяют судить имеющиеся данные, на настоящий момент существует небольшое количество работ, в которых исследовались бы такого рода представления, как в целом, так и в области здоровья в частности [Courtial, 1999; Morant, 1995, 2006; Nascimento-Schulze, Fontes Garcia, Costa Arruda, 1995; Parna et al., 2003]. В то время как более пристальное внимание исследователей именно к данной группе позволило бы выяснить особенности представлений, формирование которых определяется преимущественно экспертной системой знаний, выявить некоторые закономерности их формирования и динамики.

Мы исходили из *общих предположений* о том, что среди экспертов отсутствует единое доминирующее представление о здоровом образе жизни. Профессиональные социальные представления характеризуются вариативностью в отношении действий по реализации здорового образа жизни.

Для достижения поставленных целей была разработана анкета, включающая 4 части. В первых трех частях мы использовали преимущественно

но открытые вопросы, направленные на выявление представлений и аргументации соответствующих позиций (в анкете речь шла об определении здорового образа жизни и способах его реализации, а также о препятствиях на пути его реализации, о роли государства в связи с формированием здорового образа жизни). Вопросы последней части анкеты касались социально-демографической информации. Основному этапу исследования предшествовал пилотаж анкеты, на основе которого нам удалось переформулировать вопросы, а также модифицировать их порядок. Полученные данные были проанализированы с помощью контент-анализа, а также соответствующих статистических процедур (подсчет критерия согласованности данных, частотный и кластерный анализ). Процедура контент-анализа была выполнена дважды одним и тем же кодировщиком с перерывом в 6 месяцев. Коэффициент  $\kappa_{\text{Козна}}$  (0,64) позволяет считать полученные результаты согласованными.

**Анализ результатов.** Контент-анализ определений, данных экспертами, позволяет выделить несколько основных типов профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни: 1) ряд мер, с помощью которых он достигается (24,9%); 2) отсутствие вредных влияний и болезней (22%); 3) гармония физического и психического (19,65%). В первом случае речь шла о различных вариантах действий, реализующих здоровый образ жизни (занятие спортом, здоровое питание, отсутствие вредных привычек, забота о здоровье в целом, правильный режим и др.). Этот набор мер варьировал среди экспертов. Кластерный анализ продемонстрировал попадание в один кластер таких мер, как занятие спортом и правильное питание, чуть более удаленным от этого кластера было отсутствие вредных привычек.

Во втором случае речь шла о здоровом образе жизни как отсутствии вредных влияний (как стресс, вредные воздействия, проблемы различного рода) и болезней. По сути, это определение аналогично представлению о «здоровье как вакууме» [Herzlich, 1973], когда указывается на отсутствие негативного содержания, но при этом не указывается на позитивное содержание объекта представления. В третьем случае речь идет о гармонии физического и психического, идеи, восходящей к античности.

Занятие спортом чаще всего символизировало здоровый образ жизни (24,3%). Среди других символов указывалось также физическое благополучие (16,8%) и природа (14,45%). Среди способов достижения здорового образа жизни занятие спортом также было наиболее согласованным способом, наряду со здоровым (правильным) питанием и отсутствием вредных привычек (соответственно 55,5%, 50,9%, 33,53%), хотя набор мер по поддержанию здорового образа жизни варьировал, но одновременно чаще всего указывались «занятие спортом» и «правильное питание». В той или иной мере эксперты подчеркивали регулярность занятий.

В отношении здорового (правильного) питания наблюдалось расхождение мнений экспертов, для части экспертов под здоровым (правильным) питанием подразумевалось сбалансированное питание, для других — употребление в пищу овощей и фруктов, для третьих — ограничения в употреблении жирного и сладкого. Сходным образом в отношении вредных привычек было замечено, что для части экспертов к ряду таких привычек относится употребление алкоголя и табака, для других — употребление алкоголя, табака и наркотиков, наконец, для третьих — употребление алкоголя, табака и переедание. Имеющиеся данные не позволяют дать ответ на вопрос, с чем именно связано это различие в определениях, почему в категорию вредных привычек не попали иные действия, вредные для здоровья человека.

Среди других мер по поддержанию здорового образа жизни указывались: осознание важности здоровья и забота о нем, режим дня, достаточный сон. При различных определениях здорового образа жизни эксперты указывали на сходные способы его поддержания или его реализации.

Говоря о роли государства в связи с поддержанием здорового образа жизни, эксперты подчеркивали в первую очередь необходимость развития и продвижения спорта, особенно среди детей и молодежи («делать спорт доступным», «бесплатные детские секции», «поддерживать спортивные секции», «делать спорт популярным среди подростков») — 49,1%. Поддержание и развитие спорта является важной задачей государственных программ, в особенности в связи с молодежной политикой [Киль, 2001]. Соответственно в представлениях экспертов этой мере отводится самое важное место. Среди других мер также указывались пропаганда здорового образа жизни — 46,8% и повышение уровня жизни в целом — 27,2%.

На уровне представлений «лень», «отсутствие времени и денег» являются основными препятствиями на пути реализации здорового образа жизни. Анализ литературы позволяет говорить о том, что такие препятствия, как лень и отсутствие времени, являются важными предикторами того, будут ли люди выполнять физические упражнения или нет [Bozionelos, Bennet, 1999]. Судя по разделенности убеждений (58,4% и 42,2% соответственно) в отношении этих препятствий, существует большая согласованность экспертов в случае именно этих причин, а не всех остальных (вредные привычки, безответственность индивидов и непринятие здорового образа жизни как ценности, неблагоприятная экологическая обстановка указывались экспертами в качестве препятствий на пути реализации здорового образа жизни в 3–4 раза реже).

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о существовании нескольких типов профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни. Если в научной литературе здоровый образ жизни определяется как *набор мер*, т.е. подразумевается ряд действий, то на уровне профессиональных социальных представлений

этот набор мер хотя и варьирует, но в целом сужается до ограниченного числа мер, наиболее согласованным из которых является занятие спортом. Это одна из ведущих тем профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни, чуть менее согласованной мерой оказывается здоровое (правильное) питание. Любопытно, что среди ряда действий по поддержанию здорового образа жизни чаще всего речь шла о занятии спортом и правильном питании. Именно эти две сферы получили некоторую *материализацию*: с одной стороны, в виде распространения сетей спортивных клубов, мест для активного отдыха, магазинов спортивных товаров, с другой — в виде различного рода диет и способов здорового (правильного) питания. Обращает на себя внимание и тот факт, что среди способов поддержания здорового образа жизни практически не представлены такие, как диспансеризация, вакцинация, следование санитарно-гигиеническим правилам, что можно было бы ожидать в силу сферы деятельности и профессиональных знаний экспертов. К упоминаниям о способах, направленных на поддержание психического здоровья, можно отнести редкие указания на избегание стрессов, пребывание в хорошем настроении. Полученные результаты позволяют нам принять предположение о том, что среди экспертов отсутствует единое доминирующее представление о здоровом образе жизни, действительно профессиональные социальные представления о здоровом образе жизни характеризуются вариативностью. В то же самое время эксперты обнаруживают единообразие в отношении действий по реализации здорового образа жизни, что не согласуется с нашим изначальным предположением.

Развивая данную тему, любопытно было бы проанализировать представления о здоровом образе жизни в группе не-экспертов, тех, на кого направлены программы по поддержанию и улучшению здоровья. Основные вопросы, на которые мы искали ответ, предпринимая исследование: каковы особенности представлений о здоровом образе жизни в группе не-экспертов, как вовлечение в спортивную активность отражается на оценке собственного образа жизни? Другими словами, мы пытались изучить, как представления оправдывают предпринимаемые действия по поддержанию здорового образа жизни.

## **6.2. Здоровый образ жизни в действии**

*Целью* исследования было выявление особенностей представлений о здоровом образе жизни в группах молодежи, вовлеченных в занятия спортом и не вовлеченных в занятия спортом. *Объектом* исследования выступала молодежь. Выборку составили представители различных групп молодежи Москвы в возрасте от 17 до 35 лет ( $M_{\text{возраста}} = 21,7$  года,  $SD = 4,6$ ). Всего в исследовании приняли участие 239 респондентов ( $N = 50$  мужчин и  $N = 189$  женщин). Для реализации поставленной цели группы были разбиты на две: 1) тех, кто вовлечен в занятия различными

ми видами спорта; 2) тех, кто не вовлечен в занятия спортом. **Предметом** исследования явились социальные представления молодежи о здоровом образе жизни.

Мы исходили из следующих предположений. В группе тех, кто вовлечен в занятия спортом, ключевыми составляющими представления о здоровом образе жизни будут указания на занятия спортом, соблюдение принципов правильного питания и отсутствие вредных привычек. В группе тех, кто не вовлечен в занятия спортом, ключевыми составляющими представления о здоровом образе жизни будут указания на отсутствие вредных привычек, соблюдение принципов правильного питания, отсутствие болезней. Собственный образ жизни будет оцениваться как здоровый в обеих группах респондентов. Отсутствие различий в оценках объясняется тем, что различия в представлениях о здоровом образе жизни будут оправдывать соответствующее поведение и позволять оценивать образ жизни как здоровый.

Для проверки выдвинутых предположений был выбран *метод* анкетирования. Анкета состояла из 4 частей и содержала открытые и закрытые вопросы. Преобладание открытых вопросов было направлено на выявление представлений о здоровом образе жизни и аргументации позиции испытуемых. Анкета содержала ассоциативную методику (респондентам предлагалось высказывать ассоциации (слова, фразы, словосочетания) с объектом «здоровый образ жизни») и ряд вопросов в отношении здорового образа жизни (способы достижения и препятствия на его пути, оценка собственного образа жизни — по 7-балльной шкале). Респондентам предлагались вопросы в отношении их собственного образа жизни, а также блок социально-демографических вопросов. Данная анкета частично включала вопросы, которые были заданы экспертам, а также была дополнена рядом новых вопросов. Полученная информация была обработана с помощью контент-анализа ответов на открытые вопросы и статистического анализа ответов на закрытые вопросы. Контент-анализ проводился дважды тем же кодировщиком с перерывом в 6 недель. Подсчет коэффициента  $\kappa_{\text{Козина}}$  позволил считать данные согласованными (0,66 и 0,70 для разных групп испытуемых). Для данных, полученных по ассоциативной методике, использовался прототипический анализ Вержеса [Vergès, 1992]. Многоуровневость анализа представлений в исследовании достигается за счет количественных и качественных приемов анализа данных, полученных с помощью ассоциативной методики и открытых вопросов.

**Описание и анализ результатов.** В результате предварительного анализа было показано, что для выделения двух групп испытуемых требуется также учитывать два другие параметра, на которые указывали эксперты как на способы здорового образа жизни: контроль за питанием (соблюдение / несоблюдение принципов правильного (здорового)

питания), наличие / отсутствие вредных привычек (употребление алкоголя и табакокурение чаще других встречались в ответах экспертов). В результате было образовано 4 группы по двум критериям<sup>1</sup>: 1) те, кто вовлечен в занятия спортом и не курит (группа 1, N = 100); 2) те, кто не вовлечен в занятия спортом и не курит (группа 2, N = 70); 3) те, кто вовлечен в занятия спортом и курит (группа 3, N = 38); 4) те, кто не вовлечен в занятия спортом и курит (группа 4, N = 31). Для достижения поставленных целей мы проанализировали данные первых двух групп.

В результате анализа ассоциаций была выявлена и описана структура представления в каждой группе. Всего в группе 1 респонденты предложили 519 ассоциаций, словарь включал 159 различных понятий, в группе 2 было предложено 366 ассоциаций, словарь включал 92 понятия.

**Представления о здоровом образе жизни и оценка собственного образа жизни (группа 1).** В число элементов *зоны ядра представления* попадают следующие (табл. 19): правильное питание, спорт, не курить, не пить, физкультура, активный отдых. В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения*, входят элементы: природа, фитнес, сон, отсутствие вредных привычек, прогулки, свежий воздух, режим дня. *Собственно периферическая система* образована элементами: хорошее настроение, отдых, хорошая экология, овощи и фрукты, закаливание, зарядка по утрам, радость и солнце. Эти ответы составляли 64,35% от всех высказанных ассоциаций. Наиболее часто респонденты указывали на такие способы поддержания здорового образа жизни, как правильное питание и спорт (67 и 66% респондентов группы 1). Эти элементы конкретизировались в периферической зоне представления: соответственно овощи и фрукты и фитнес, зарядка по утрам. В зоне ядра есть еще элементы, связанные со спортом: «физкультура». Кроме того, в зоне ядра присутствует элемент «активный отдых», который подразумевает выполнение двигательной активности, смыслово он связан с элементом зоны ядра «спорт» и элементом периферической системы «прогулки». В периферической системе есть еще элементы условий выполнения этой спортивной (двигательной) активности: природа, свежий воздух, солнце. Элементы зоны ядра «не пить», «не курить» дополнялись элементом периферии «отсутствие вредных привычек». Обращает внимание тот факт, что средний ранг элемента «спорт» оказывается более низким, т.е. это понятие в первую очередь ассоциируется с объектом представлений наряду с физкультурой. Все остальные элементы зоны ядра имеют более высокий ранг (ассоциируются во вторую очередь) (уровень значимости различий не превышает  $p < 0,05$ ).

---

<sup>1</sup> Результаты сравнительного анализа по основным и дополнительным группам стали предметом анализа, отраженного в статье научного журнала.

Таблица 19

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о здоровом образе жизни (Группа 1)**

| Частота ассоциации | Средний ранг ассоциации           |                                                     |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                    | < 3,40                            | ≥ 3,40                                              |
| ≥ 10               | Правильное питание (67; 2,58)     | Сон (22; 3,55)                                      |
|                    | Спорт (66; 1,67)                  | Отсутствие вредных привычек <sup>1</sup> (21; 3,48) |
|                    | Не курить (16; 3,00) <sup>1</sup> | Прогулки (15; 3,60)                                 |
|                    | Не пить (14; 2,86) <sup>1</sup>   | Свежий воздух (14; 3,25)                            |
|                    | Физкультура (12; 2,58)            | Режим дня (10; 3,70)                                |
|                    | Активный отдых (12; 3,09)         |                                                     |
| < 10               | Природа (6; 2,83)                 | Хорошее настроение (9; 3,56)                        |
|                    | Фитнес (5; 2,6)                   | Отдых (8; 3,5)                                      |
|                    |                                   | Хорошая экология (8; 4)                             |
|                    |                                   | Овощи и фрукты (7; 3,71)                            |
|                    |                                   | Закаливание (7; 4,43)                               |
|                    |                                   | Зарядка по утрам (5; 3,60)                          |
|                    |                                   | Солнце (5; 4,20)                                    |
|                    |                                   | Радость (5; 4,60)                                   |

В периферической части представлены и другие меры по поддержанию этого образа жизни — сон и режим дня, закаливание. Роль позитивных эмоциональных переживаний в представлении мала, элементы «хорошее настроение» и «радость» располагаются в собственно периферической системе представления, т.е. в наименее важной его части, объединяющей индивидуальный опыт.

Переструктурирование эмпирического материала с использованием элементов зоны ядра как оснований для образования категорий ( $\kappa_{\text{Кюэна}} = 0,75$ ) позволило нам получить следующие результаты: *спорт и условия занятия им* (спорт, физкультура, активный отдых, фитнес, зарядка по утрам, свежий воздух и др.) — 32,2%; *правильное питание* (правильное питание, фрукты и овощи, кефир и пр.) — 17,3%; *отсутствие вредных привычек* (отсутствие вредных привычек, не пить, не курить, не принимать

<sup>1</sup> Эти понятия были отнесены в разные категории, так как нами был предпринят лексический анализ, кроме того, отсутствие вредных привычек — просто констатация факта, в то время как элементы «не пить» и «не курить» указывают на принуждение к определенному действию.

наркотики) — 11,2%. Кроме того, были образованы дополнительные категории, основанные на элементах периферии: *соблюдение режима дня* (сон, режим, отдых) — 7,7% и *позитивные эмоциональные реакции* (хорошее настроение, радость и пр.) — 5%. В переструктурированном виде эти ответы составляли 73,4% от всех ответов. Таким образом, ключевыми элементами представления о здоровом образе жизни в этой группе являются правильное питание, спорт и отсутствие вредных привычек. Три элемента зоны ядра связаны с занятием спортом, два элемента — с указанием на то, каких вредных для здоровья действий требуется избегать.

Косвенным указанием на важность элемента «спорт» в представлениях можно считать и тот факт, что именно спорт чаще всего символизировал здоровый образ жизни (36%), а также то, что он считался наиболее согласованным способом достижения такого образа жизни (65%) наряду с правильным питанием (51%). Препятствия на пути достижения здорового образа жизни, в представлении респондентов, приписываются нежеланию следовать здоровому образу (54%), отсутствию времени на ведение здорового образа жизни (42%), а также приверженности к вредным привычкам (30%). Свой собственный образ жизни испытуемые оценивали как *здоровый* ( $M = 4,96$ ,  $SD = 1,1$ ).

**Представления о здоровом образе жизни и оценка собственного образа жизни (группа 2).** В число элементов *зоны ядра представления* попадают такие: правильное питание, спорт, не курить, отсутствие вредных привычек, физкультура, свежий воздух, не пить (табл. 20). *Периферическая система (потенциальная зона изменений)* объединяет элементы: зарядка, закаливание, соки, фрукты и овощи, фитнес, «в здоровом теле — здоровый дух», сон, режим, прогулки, активный отдых, хорошее настроение. *Собственно периферическая система* образована элементами: здоровье, витамины, экология. Эти ответы составляли 72,7% от всех высказанных ассоциаций. Элементы зоны ядра в равной мере ассоциировались с объектом представления, в результате сравнения рангов появления ассоциаций различий обнаружено не было ( $p > 0,7$ ).

Наиболее часто респонденты указывали на такие способы поддержания здорового образа жизни, как правильное питание и спорт (68,6 и 54,3% респондентов группы 2). Элемент «правильное питание» конкретизируется в периферической зоне представления через элементы: соки, овощи и фрукты. Элемент «спорт» связан по смыслу с другим элементом зоны ядра — «физкультура», а также с условиями выполнения двигательной активности — «свежий воздух». В периферической системе элемент «спорт» конкретизируется через такие составляющие, как зарядка, фитнес, прогулки, активный отдых. В зоне ядра присутствуют различные элементы, указывающие на отсутствие вредных привычек, а также указание на то, каких действий, вредных для здоровья, нужно избегать — «не пить», «не курить».

Таблица 20

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о здоровом образе жизни (Группа 2)**

| Частота ассоциации | Средний ранг ассоциации                    |                              |
|--------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
|                    | < 3,18                                     | ≥ 3,18                       |
| ≥ 8                | Правильное питание (48; 2,78)              | Сон (27; 3,74)               |
|                    | Спорт (38; 2,29)                           | Режим дня (14; 3,29)         |
|                    | Не курить (15; 2,60)                       | Прогулки (12; 3,83)          |
|                    | Отсутствие вредных привычек (14; 3,14)     | Активный отдых (12; 4,00)    |
|                    | Физкультура (13; 3,23)                     | Хорошее настроение (8; 3,88) |
|                    | Свежий воздух (9; 3,11)                    |                              |
|                    | Не пить (8; 2,50)                          |                              |
| < 8                | Зарядка (7; 2,43)                          | Здоровье (4; 3,75)           |
|                    | Закаливание (7; 3,14)                      | Витамины (4; 4,00)           |
|                    | Соки (5; 3,00)                             | Экология (4; 5,00)           |
|                    | Фрукты и овощи (5; 3,00)                   |                              |
|                    | Фитнес (4; 2,00)                           |                              |
|                    | «В здоровом теле — здоровый дух» (4; 2,50) |                              |

Если принять предположение о том, что позиция меньшинства располагается в левом нижнем квадрате, то получается, что для этой группы основными элементами представления являются указания на правильное питание и действия спортивно-оздоровительного плана, здесь нет указаний на отсутствие вредных привычек.

Аналогичное переструктурирование всего эмпирического материала с опорой на элементы зоны ядра ( $\kappa_{\text{Козина}} = 0,76$ ) позволило получить нам следующие результаты: *спорт и условия занятия им* (спорт, физкультура, активный отдых, фитнес, зарядка и др.) — 31,42%; *правильное питание* (правильное питание, фрукты и овощи, сок и пр.) — 18,3%; *отсутствие вредных привычек* (отсутствие вредных привычек, не пить, не курить, не употреблять наркотики) — 12,6%. Дополнительная категория была основана на элементах периферической системы: *соблюдение режима дня* (сон, режим дня, отдых) — 11,5%. В переструктурированном виде эти ответы составляли 73,8% от всех высказанных.

Итак, ключевыми элементами представления о здоровом образе жизни в этой группе являются: правильное питание, спорт и отсутствие

вредных привычек, причем три элемента зоны ядра связаны с отсутствием вредных привычек, три — с указанием на спортивную активность и условия ее выполнения, один — с правильным питанием.

Как и в группе 1, наиболее согласованным символом здорового образа жизни является спорт, занятие спортом (28,6%), по аналогии с группой 1, основным способом достижения (поддержания) здорового образа жизни здесь также является спорт (65,7%) наряду с правильным питанием (60%). Препятствия в достижении здорового образа жизни в представлении респондентов группы 2 в первую очередь связаны с нежеланием следовать здоровому образу (55,7%), отсутствием времени для его ведения (50%) или безответственным отношением к собственному здоровью (42,9%). Свой собственный образ жизни испытуемые в этой группе также оценили как *здоровый* ( $M = 4,4$ ,  $SD = 0,99$ ). Таким образом, хотя респонденты и не вовлечены в спортивную активность, это не означает, что на уровне представлений элемент «спорт» не играет важной роли.

*Сравнительный анализ представлений о здоровом образе жизни в двух группах.* Итак, для ответа на главный вопрос нашего исследования нам необходимо сравнить представления о здоровом образе жизни в двух группах. Несложно заметить, что элементы зоны ядра представлений достаточно похожи, пять элементов совпадают (правильное питание, спорт, не пить, не курить, физкультура). Несовпадение остальных элементов свидетельствует о различии представлений в двух группах [Abric, 2001; Abric, 2003]. В группе 1 это элемент «активный отдых», в группе 2 — «отсутствие вредных привычек». Таким образом, соотношение элементов в зоне ядра, связанных друг с другом по смыслу, в каждом случае различается: в группе 1 три элемента касаются выполнения спортивной (двигательной) активности, один — правильного питания, два — указаний на вредные привычки. В группе 2 три элемента зоны ядра связаны с отсутствием вредных привычек, три — с указанием на спортивную (двигательную) активность и условия ее выполнения, один — на правильное питание. В дополнение к этому доля элементов, указывающих на отсутствие вредных привычек, была больше в группе 2 ( $\phi$ -критерий\* = 1,9), по сравнению с группой 1. Сравнение объемов словарей понятий в каждой группе позволяет говорить о большем однообразии понятий, с помощью которых представляется здоровый образ жизни в группе 2 ( $\phi$ -критерий\* = 1,8).

Все обозначенные различия позволяют сделать вывод о том, что представление о здоровом образе жизни в группе 1 отличается от представления в группе 2, несмотря на то что многие элементы ядра совпадают, а также категории, полученные на основе переструктурирования всего эмпирического материала, не различаются по своей представленности (в каждом случае для категорий, образованных на основе элементов зоны ядра,  $j$ -критерий < 1). Ключевыми элементами представления о здоровом образе жизни в группе, вовлеченной в спортивную актив-

ность, являются указания на занятие спортом, правильное питание и отсутствие вредных привычек, в то время как в группе, не вовлеченной в спортивную активность, — указания на отсутствие вредных привычек, занятие спортом и правильное питание. Эти результаты позволяют частично принять наше изначальное предположение, а именно то, что касается группы 1, но не группы 2. Невовлеченность в спортивную активность не означает отсутствия элементов, указывающих на занятие спортом, в представлении о здоровом образе жизни, но означает большую важность элементов, указывающих на отсутствие вредных привычек.

Сравнение оценок собственного образа жизни показывает, что обе группы оценивают свой образ жизни как здоровый, хотя выраженность этих оценок была выше в группе 1 по сравнению с группой 2 ( $t = 3,39$ ,  $p < 0,001$ ). Этот факт позволяет нам принять предположение о том, что респонденты обеих групп оценивают свой собственный образ жизни как здоровый, ибо на уровне представлений имеются соответствующие объяснения, оправдывающие предпринимаемое поведение. Возможно, что в группе 2 важность таких элементов представления, как отсутствие вредных привычек и следование принципам правильного питания, и выполнение такого поведения на практике позволяет оценить собственный образ жизни как здоровый.

Заметим, что в зоне ядра представления в обеих группах не было обнаружено элементов, указывающих на регулярность выполнения мер по реализации здорового образа жизни.

Наряду с этим мы получили достаточно любопытный факт. Нами также были подсчитаны оценки собственного образа жизни для групп, в которых респонденты курили и не занимались спортом (группа 3), а также только курили, но не занимались спортом (группа 4). Сравнение этих показателей с теми, что были получены в первых двух группах, свидетельствует о том, что в группе 3 собственный образ жизни оценивается как нездоровый (эти оценки отличаются от всех групп ( $p < 0,05$ )), а в группе 4 собственный образ жизни считается *умеренно* здоровым (показатель значимо отличается от показателей в группе 1 и 3 ( $p < 0,05$ ), но не отличается от группы 2). При этом респонденты не различались по среднему количеству выкуриваемых сигарет в день. Получается, что курение как бы *компенсируется* занятиями спортом и образ жизни рассматривается как здоровый.

Результаты, полученные в двух исследованиях, позволяют нам сделать ряд выводов, а также сформулировать ряд дальнейших перспектив в исследовании данной проблематики.

В группе экспертов различается несколько типов профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни:

1) как ряд мер, с помощью которых он достигается (акцент делается на те действия или меры, которые реализуют здоровый образ жизни);

2) как отсутствие вредных влияний и болезней (акцент делается на отсутствии вреда, но ничего не говорится о позитивном содержании такого образа жизни);

3) как гармония физического и психического (акцент делается на определенном содержании такого образа жизни).

Если на уровне *научных представлений* реализация здорового образа жизни подразумевает выполнение определенного *ряда мер*, то на уровне *профессиональных социальных представлений* этот набор мер по поддержанию здорового образа жизни хотя и варьирует, но в целом сужается до ограниченного числа мер. Наиболее согласованным из них является занятие спортом, чуть менее согласованной мерой оказывается здоровое (или правильное) питание. Эксперты делали указания на них независимо от самого определения здорового образа жизни. Эти две сферы получили некоторую *материализацию*: с одной стороны, в виде распространения сетей спортивных клубов, мест для активного отдыха, магазинов спортивных товаров, с другой — в виде различного рода диет и способов здорового (правильного) питания, наряду с этим на разнообразных продуктах питания присутствуют напоминания о том, что их употребление способствует поддержанию здоровья. В профессиональных социальных представлениях о здоровом образе жизни практически не представлены такие меры, как диспансеризация, вакцинация, следование санитарно-гигиеническим правилам.

В целом, в группах не-экспертов (в нашем случае речь идет о молодежи) ключевыми составляющими представлений о здоровом образе жизни являются такие действия, как занятие спортом, правильное питание и отсутствие вредных привычек, т.е., как и в случае профессиональных социальных представлений, ряд мер по поддержанию или реализации здорового образа жизни сводится к небольшому количеству действий. Сравнение представлений в группах, вовлеченных и не вовлеченных в занятия спортом, показало, что важность занятий спортом выше в группах, вовлеченных в занятия спортом, по сравнению с группами, не вовлеченными в занятия спортом. Невовлеченность в спортивную активность не означает отсутствия элементов, указывающих на занятия спортом, в представлении о здоровом образе жизни, но, насколько позволяют судить наши результаты, означает большую важность элементов, указывающих на отсутствие вредных привычек. Представители этих двух групп оценивают свой собственный образ жизни как здоровый, хотя в группе, вовлеченной в занятия спортом, эти оценки выше.

На уровне представлений в группах экспертов и не-экспертов первостепенное внимание уделяется мерам по поддержанию физического благополучия. О психическом благополучии речь практически не идет, причем часть респондентов в данной работе составили студенты-психологи.

И хотя мы исследовали только небольшую часть данной проблематики, тем не менее полученные результаты позволяют наметить перспективы ее дальнейшей разработки в рамках теории социальных представлений. Так, в первую очередь нас интересует то, как представляется здоровый образ жизни в группах, где респонденты курят и занимаются спортом (группа 4 в нашем исследовании), а также только курят, но не занимаются спортом (группа 3); почему в группе тех, кто совмещает курение и занятие спортом, собственный образ жизни не оценивается как нездоровый. Кроме того, интересным нам видится анализ динамики представлений об этом объекте в различных группах молодежи в зависимости от вовлеченности/невовлеченности в здоровый образ жизни.

В настоящее время тема здоровья и способов его поддержания оказалась представлена на различных уровнях обсуждения (межличностном, публичном, СМИ, наконец, уровне культурной коммуникации). С точки зрения теории социальных представлений, это способствует трансформациям на уровне представлений. Вспомним, что стартовой точкой исследований, изложенных в данной главе, явился тот факт, что в исследовании 2002 года, говоря о здоровье, респонденты не связывали его со здоровым образом жизни, т.е. в представлении о здоровье элемент «здоровый образ жизни», в исследовании 2000–2007 годов этот элемент оказался в потенциальной зоне изменения представления (периферическая часть). Отсюда перспективным представляется проанализировать, изменится ли положение (значит, и функция) такого элемента представления о здоровье, как «здоровый образ жизни», и как это изменение будет отражаться на соответствующем поведении.

Важность такого рода исследований объясняется тем, что ни одна профилактическая программа не может оказаться эффективной, если она не опирается на знание о том, что оправдывает то или иное поведение.

## Заключение

---

Подводя итоги нашей теоретической и эмпирической работы, остановимся здесь на главных результатах, а также наметим основные перспективы последующей разработки проблем здоровья и болезни в рамках социальной психологии.

Итак, сложившаяся традиция анализа проблем здоровья и болезни в социальной психологии предлагает рассматривать когнитивные процессы в качестве основных механизмов, которые направляют поведение человека, связанное с болезнью и здоровьем. Основное внимание исследователей здесь направлено на рассмотрение того, как *отдельно взятый индивид* перерабатывает информацию, как он ее отбирает (с опорой на аттитюды и убеждения) для того, чтобы принять решение в отношении соответствующего поведения. При этом процесс оценки и отбора информации может содержать различного рода *ошибки*. Индивид в рамках той традиции — рационален, когнитивные образования, к которым он апеллирует при принятии решения в отношении поведения, — статичны. В русле этой традиции не рассматривается ни то, как формируются убеждения, связанные со здоровьем и болезнью, ни то, как они изменяются, ни то, как они вообще связаны с социальным контекстом, с культурой, публичной дискуссией в отношении здоровья или болезни, проводимых превентивных кампаний... Вопросы, касающиеся отношения к больным и с ними, вовсе не попадают в фокус внимания представителей этой традиции. В силу того, что уровень объяснения, к которому апеллируют эти теории, недостаточен для анализа здоровья и болезни в полном объеме, исследователи пытаются заимствовать конструкты из теорий более высокого уровня. Теоретический анализ, предпринятый в работе, позволяет сделать вывод о том, что проблемы здоровья и болезни требуют социетального уровня объяснения. Теория социальных представлений, будучи сформулированной на самом высоком уровне объяснения (идеологическом) [Doise, 1986], позволяет нам анализировать проблемы здоровья и болезни как социокультурные явления, учитывать динамические аспекты представлений о здоровье и болезни, обусловленные не только развитием научного знания и технологий, но и социальными изменениями. Индивид в рамках данной традиции принимает решение о соответствующем поведении, опираясь не только на индивидуальный, но и на коллективный уровень представлений, соответствующий той или иной культуре, ибо именно культура подсказывает определенные способы действий, необходимые индивиду в повседневной жизни. В рамках данной теории открывается возможность исследовать не только поведение по отношению к болезни, но и к больным.

Используя богатый потенциал теории социальных представлений и следуя ее структурному подходу [Abric, 1993, 2001], нами был принят полномасштабный анализ представлений о здоровье и болезни, позволивший выявить смыслообразующие элементы этих представлений, коренящиеся в русской культуре. Социальные представления о здоровье и болезни кристаллизуются вокруг оппозиции «сила»—«слабость» соответственно. Сравнительный анализ результатов двух исследований, реализованных в 2002 и 2006–2007 годах, указывает на устойчивость этих элементов. Результаты серии исследований демонстрируют, что на уровне представлений здоровье — это сложное и разнообразное явление (оно образовано большим количеством разнонаправленных элементов и категорий, будь то физическое благополучие, позитивные эмоциональные переживания, а также способы и условия достижения и поддержания здоровья, чем болезнь, которая во многом представляется через физическое неблагополучие). Этот факт несколько неожиданный, ибо при всем многообразии существующих болезней на уровне представлений этот феномен сводится к небольшому числу понятий. Здоровье представляется не как изначальная данность, его требуется достигнуть, выполняя определенное поведение.

Анализ профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни позволяет различать несколько моделей такого образа жизни: с одной стороны, это целый ряд мер, с помощью которых достигается здоровый образ жизни; с другой — речь идет об отсутствии вредных влияний и болезней (акцент здесь делается на отсутствии вреда здоровью, однако ничего не говорится о позитивном содержании такого образа жизни); наконец, речь идет о гармонии физического и психического (здесь акцент делается на определенном содержании здорового образа жизни). Несмотря на различия в понимании здорового образа жизни, способы его достижения или реализации, с точки зрения профессионалов, — сходны. Если на уровне *научного знания* индивиду предписывается выполнение определенного ряда мер для достижения или поддержания здорового образа жизни, то на уровне *профессиональных социальных представлений* этот набор мер сужается до занятий спортом и правильного питания.

Сравнение представлений о здоровом образе жизни в группах молодежи, вовлеченной и не вовлеченной в занятия спортом, дает ожидаемый результат: важность занятий спортом выше среди тех, кто занимается спортом, по сравнению с теми, кто им не занимается. Однако невовлеченность в спортивную активность не означает отсутствия в представлениях о здоровом образе жизни такого элемента, как спорт, просто большая важность здесь приписывается отсутствию вредных привычек, что позволяет оценивать свой образ жизни как здоровый. Получается, что на уровне представлений отсутствие одной меры можно компенсировать за счет выполнения другой.

Сравнительный анализ представлений о СПИДе и о раке, двух болезнях, символизирующих трагический конец жизни человека, тайно входящих в жизнь человека и по-прежнему сопротивляющихся излечению, свидетельствует о том, что мы имеем дело с существованием различных «типов» болезней на уровне представлений. Хотя в обоих случаях (СПИД и рак) речь идет о болезнях, несущих физическую угрозу человеку, тем не менее, на уровне представлений, болезни различаются как угрожающие, в одном случае, преимущественно физическому телу, а в другом – преимущественно телу социальному. В первом случае представление о болезни формируется вокруг элементов, указывающих на физические характеристики и эмоциональные переживания. Во втором – вокруг элементов, указывающих на определенные категории людей, практикующих то или иное поведение, ведущее к заражению.

Механизм «не-я» — «другие» является одним из смыслообразующих элементов представлений о больных, что особенно наглядно в случае больных СПИДом. Так, эти представления кристаллизуются вокруг оппозиций: «такие же, как все» — «другие», «вина в заражении» — «случайность заражения». Тема «другие» связана со страшными болезнями человечества, она актуализировалась в связи с возникновением и распространением этой новой болезни за счет действия коллективной памяти. Действие механизма «не я» — «другие» в данном случае позволяет указать на определенные группы, которые оказываются уязвимыми в отношении болезни — наркоманы. В случае больных раком представление формируется вокруг оппозиции «надежда» — «обреченность». На уровне представлений отсутствует группа, посредством указания на которую можно было бы защититься от болезни и больных хотя бы на символическом уровне.

Сравнение результатов исследований 1998–1999 и 2006–2007 годов позволяет говорить о том, что, хотя СПИД по-прежнему символизирует смерть, является указанием на трагический финал, тем не менее, мы имеем дело с процессом нормализации СПИДа, банализацией болезни, проявляющейся в своего рода адаптации к риску болезни, т.е. когда происходят изменения на уровне представлений без изменения самой реальности (вакцина пока еще не открыта, комплексные терапии не являются широко доступными). Как следствие, роль элементов, указывающих на сильные эмоциональные переживания, становятся второстепенными, указания же на лекарство, вакцину или терапии в связи с ВИЧ-инфекцией отсутствуют в представлении.

Сравнение результатов позволяет также говорить о том, что в результате «нормализации» СПИДа произошла некоторая модификация представлений о самих больных. Хотя они по-прежнему являются *другими*, виновными в своей смертельной болезни, однако страх и реакция избегания больных, очевидно, взяты под контроль респондентами, ибо эти элементы играют второстепенную роль в представлении.

Больные (СПИДом или раком) представляются как «несчастные» (исключение составляет случай представлений о психически больных в группе не-психологов, здесь эта характеристика высказывается меньшинством). Эта характеристика смыслово созвучна таким понятиям, как «злосчастный», «злополучный», «бедовой», «бедственный», «неудачный», что косвенным образом указывает на случайность негативного события. С учетом того, что элемент «счастье» оказывается одним из ключевых в представлении о здоровье, можно строить предположения о том, что оппозиция «счастье»—«несчастье», вероятно, играет важную роль в формировании представлений о здоровье и болезни, однако пока у нас нет однозначного ответа на этот вопрос и здесь это предположение является одним из основных для последующего исследования проблем здоровья и болезни.

Дальнейшее исследование проблем здоровья и болезни в рамках социальной психологии, в особенности с точки зрения теории социальных представлений, достаточно перспективно, ибо позволяет продолжать линию исследования здоровья и болезни в первую очередь как социокультурных феноменов. Знание такого рода видится нам ценным как с точки зрения теоретического, так и прикладного значения. Ибо без учета этой информации едва ли возможно разработать *эффективные кампании* по борьбе со СПИДом или по продвижению здоровья и здорового образа жизни.

Реализация национального проекта «Здоровье» сопровождается активным обсуждением проблем здоровья и болезни на различных уровнях коммуникации, популяризацией медицинского знания. С этой точки зрения исследования, изложенные здесь, приобретают особую ценность, ибо являются точкой отсчета для проведения последующих работ, которые позволили бы проследить дальнейшую динамику представлений о здоровье и болезни, о конкретных болезнях, а также о здоровом образе жизни.

Более того, социальные изменения, произошедшие в российском обществе, имели своим следствием «допущение» социальных наук в область здоровья и болезни, поэтому вполне актуально продолжать начатые нами исследования, более того – перейти от анализа представлений к активному воздействию на эти представления и связанное с ними поведение. Именно этим социальная психология может внести свой вклад в построение здорового общества. В частности, это касается разработки эффективных превентивных и профилактических кампаний. Не возникает сомнений в том, что разработка и реализация превентивных и профилактических программ является крайне сложной деятельностью, и на настоящий момент, к сожалению, можно констатировать преобладание неудачных попыток, чем удачных (по мере прекращения кампании люди «забывают» о рискованности тех или иных действий

(бездействий); в ответ на попытки кампаний заставить осознать рискованность того или иного поведения в отношении здоровья люди недооценивают собственный риск и переоценивают чужой и др.) [Durif-Bruckert, 2006; Stockdale, 1995; Weinstein, 1999]. Не вызывает сомнения, что на этот вопрос ученым нужно обратить особое внимание и исследовать достаточно широкий ряд факторов, *помогающих* индивиду игнорировать риск и опасность действия для здоровья того или иного. Тем не менее предпринятые нами исследования позволяют сформулировать некоторые положения, которые видятся чрезвычайно важными и должны быть приняты во внимание при разработке превентивных кампаний в области здоровья и болезни, адресованные молодежи, а также при планировании профилактических программ.

Итак, наши результаты помогают понять сложности, с которыми сталкиваются превентивные программы по профилактике различных рисков для здоровья: с одной стороны, ряд актуальных проблем не входит в представление о болезни, мало соотносится с этим представлением (например, нет указаний на наркоманию, ВИЧ и т.п.). С другой — сами болезни в целом пока *не пугают* молодежь, ибо они удалены в будущем, на уровне представлений болезни не ассоциируются с риском, они пока не угрожают. Вероятно, поэтому молодежи не всегда может быть понятно, для чего вносить ограничения в собственное поведение (например, отказываться от алкоголя, ограничивать себя в еде, не курить и т.п.), которые требуются в программах по поддержанию здорового образа жизни. Учитывая, что россияне в целом и молодежь в частности пока не привыкли сами заботиться о собственном здоровье, а скорее склонны бороться с болезнями, на наш взгляд, при разработке современных превентивных программ недооценивается роль представлений о болезни, что, очевидно, снижает их эффективность.

Наряду с этим здоровый образ жизни предполагает набор ряда мер по поддержанию здоровья, выполнение мер в одной области не позволяет предсказывать выполнения мер в другой области и не компенсирует отсутствие этих мер. Однако, на уровне обыденных представлений, занятие спортом «компенсирует», например, курение, что позволяет респондентам оценивать свой образ жизни как здоровый. Этот факт стоит учитывать в разработке программ, продвигающих здоровый образ жизни. Ассоциирование «здоровье» — «спорт» оборачивается тем, что остальные меры по поддержанию здоровья не рассматриваются как важные.

При разработке кампаний необходимо учитывать и тот факт, что в ситуации возникновения и распространения новой смертельно опасной болезни апелляции к экспертному знанию едва ли эффективны. Дело в том, что в ситуации кризиса особенно важными являются попытки объяснить болезнь, защититься от нее, пусть даже на символическом уровне. Отсюда — при построении этого объяснения и стратегии защи-

ты смыслообразующими категориями оказываются: *другие*, грех, мораль. Будучи актуализированными и подпитываемыми за счет коллективной памяти, эти категории способствуют формированию таких представлений, которые оказываются более сильными, с точки зрения влияния на поведение индивидов и регуляции их социальных отношений, чем объективные, нейтральные экспертные знания о болезни, даже если они имеются. Справедливости ради стоит подчеркнуть, что сами экспертные знания, как мы проанализировали выше на примере СПИДа, в самом начале эпидемии достаточно тесно переплетаются с обыденными.

Наконец, процессу дестигматизации больных способствует не только информирование о самой болезни и больных, но также и наличие диалога о болезни, существование социального пространства, где индивиды могли бы обсуждать то, что их тревожит в отношении болезни и больных, чтобы, в конечном счете, не только понять болезнь, но и построить определенную стратегию в отношении больных.

Сказанное позволяет еще раз напомнить, что лишь информирование о больных и болезни – необходимо, но не является достаточным условием.

## Литература

---

*Абульханова К. А.* Российский менталитет: Кросскультурный и типологический подходы // Российский менталитет: Вопросы психологической теории и практики. М., 1997.

*Амирханян Ю. А.* Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Проблема ВИЧ/ СПИД (обзор поведенческих исследований и шаги выхода из кризиса) // Демография ВИЧ/ Под ред. Б. П. Денисова. М., 2004.

*Андреева Г. М.* Психология социального познания. М., 2005.

*Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л. А.* Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы. М., 2001.

*Арефьев А. Л.* Поколение, которое теряет Россия // Социологические исследования. 2002. № 8.

*Аронсон Э.* Общественное животное. М., 1998.

*Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р.* Психологические законы поведения человека в социуме. СПб., 2002.

*Белинская Е. П.* Человек в изменяющемся мире — социально-психологическая перспектива. М., 2005.

*Бовина И. Б.* «Нормализация» СПИДа: динамика социальных представлений о СПИДе и больных СПИДом в молодежной среде // Тезисы международной конференции молодых ученых «Психология — наука будущего». Москва, 1 ноября 2008.

*Бовина И. Б.* Представления о здоровье и болезни в молодежной среде // Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 90–97.

*Бовина И. Б., Власова Е. В.* Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. 2002. № 3.

*Бовина И. Б., Драгульская Л. Ю.* Представления студентов о науке и об учебном // Вопросы психологии. 2006. № 6.

*Бовина И. Б., Панов М. С.* Обыденные представления о психически больных // Социологический журнал. 2005. № 3.

*Богомолова Н. Н.* Социальная психология печати, радио и телевидения. М., 1991.

*Боккаччо Д.* Декамерон. М., 1985.

*Бромлей Ю. В., Воронов А. А.* Народная медицина как предмет этнографического исследования // Советская этнография. 1976. № 5.

*Булгаков М. А.* Звездная сыпь. М., 1991.

*Бульст Н.* Почитание святых во времена чумы // Одиссей. Человек в истории / Под ред. А. Я. Гуревича. М., 2000.

*Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека: Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании. Ростов-на-Дону, 2005.

*Вовк Е.* ВИЧ / СПИД в России: Образ проблемы и стратегии поведения // Социальная реальность. 2006. № 11.

*Гафатулина Н. Х.* Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социоструктурном контексте: Автореф. дисс. ... канд. социол. наук. Ростов-на Дону, 2007.

Гордон Л., Возьмитель А., Журавлева И., Клопов Э., Римашевская Н., Ядов В. Социология быта, здоровья и образа жизни населения // Социология в России / Под ред. В. А. Ядова. М., 1999.

Городская комплексная программа «АнтиВИЧ/СПИД» <[www.spid.ru](http://www.spid.ru)>.

Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб., 1999.

Гуревич А. Я. Избранные труды. Средневековый мир. Т. 2. М.; СПб., 1999.

Даль В. И. Пословицы русского народа. М., 2003.

Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 1994.

Демографическая модернизация России. 1900–2000 / Под ред. А. Г. Вишневского. М., 2006.

Денисов Б. П., Сакевич В. И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД // Социологические исследования. 2004. № 1.

Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, 2002 <[www.unaids.org](http://www.unaids.org)>.

Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, 2006 <[www.unaids.org](http://www.unaids.org)>.

Донцов А. И. О понятии «группа» в социальной психологии // Вестник МГУ. Серия 14. 1997. № 4.

Донцов А. И., Емельянова Т. П. Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М., 1987.

Дюркгейм Э. Представления индивидуальные и представления коллективные // Дюркгейм Э. Социология. М., 1995.

Емельянова Т. П. Конструирование социальных представлений в условиях трансформации российского общества. М., 2006.

Ениколопов С. Н., Садальская Е. В., Абдраязкова А. М. Психология здоровья и проблемы психологического благополучия // Здоровье человека: Социогуманитарные и медико-биологические аспекты / Под ред. Б. Г. Юдина. М., 2003.

Журавлева И. В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социс. 2000. № 2.

Заблудовский П. Е. Фракасторо // Большая Советская Энциклопедия. Т. 27. М., 1977.

Ивахненко Г. А. Здоровье московских студентов: Социологический анализ самосохранительного поведения // Социс. 2006. № 5.

Кампании в СМИ по безопасному сексу и кампании солидарности с ЛЖВС, «СПИД Фонд Восток–Запад» <[www.afew.org](http://www.afew.org)>.

Карамзин Н. М. История государства Российского. М., 2003.

Караулов Ю. А., Черкасова Г. А., Уфимцева Н. В., Сорокин Ю. А., Тарасов Е. Ф. Русский ассоциативный словарь. М., 2002.

Киль А. Н. Проблемы развития человеческого потенциала в деятельности Совета Федерации (наука, образование, культура) // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2001. № 10.

Колесов В. В. Древняя Русь: Наследие в слове. Мир человека. СПб., 2000.

Кон И. С. Сексуальная революция в России: Клубничка на березке. М., 1997.

Костомаров Н. И. Очерки домашней жизни и нравов великорусского народа в XVI и XVII столетиях // Быт и нравы русского народа в XVI и XVII столетиях. Смоленск, 2001.

Кошкина Е. А., Павловская Н. И., Коновалова С. Г., Кошкин А. В. Факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением, среди потребителей алкоголя в молодежной среде // Вопросы наркологии. 2004. № 1.

*Кричевский Р. Л., Дубовская Е. М.* Социальная психология малой группы. М., 2001.

Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ / СПИДа в России / Под ред. В. В. Колкова. М., 2003.

*Лисицын Ю. П.* Здоровый образ жизни // Малая медицинская энциклопедия / Под ред. В. И. Покровского. М., 1991. Т. 2.

*Лотман Ю. М.* Семиосфера. СПб., 2004.

*Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977.

*Мокиенко В. М.* В глубь поговорки. СПб., 2005.

*Нелюбина А. С.* Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни // Новое в психологии: Сб. ст. молодых ученых ф-та психологии Московского ун-та / Под ред. М. А. Степанова. М., 2006.

*Николаева В. В.* Личность в условиях хронического соматического заболевания // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Под ред. Е. Т. Соколовой, В. В. Николаевой. М., 1995.

*Носова Д. Д.* Социально-психологические аспекты формирования потребительского отношения в сфере оказания медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Самара, 2004.

*Ожегов С. И.* Словарь русского языка. М., 1999.

Основные результаты количественного исследования «Информированность о ВИЧ-инфекции, СПИДе и отношение к людям, живущим с ВИЧ / СПИДом», 2003 <[www.afew.org](http://www.afew.org)>.

*Покровский В. В.* Социально значимые инфекции в XXI веке // Демоскоп, 6–19 декабря 2004. № 181–182 <[www.demoscope.ru](http://www.demoscope.ru)>.

*Поринев Б. Ф.* Социальная психология и история. М., 1979.

*Привалова Т. В.* Быт российской деревни 60-х гг. XIX–20-х гг. XX века. М., 2000.

Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2006.

*Райх В.* Характероанализ. М., 1999.

*Розин В. М.* Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Кентавр. 2000. № 22.

*Ромицына Е. Е.* Здоровье глазами детей: Опыт психологического анализа детских рисунков // Вопросы психологии. 2006. № 1.

Россияне о своем здоровье и болезнях // Демоскоп. 2002. № 71–72. 17–30 июня 2002 <[www.demoscope.ru](http://www.demoscope.ru)>.

*Росс Л., Нисбет Р.* Человек и ситуация. М., 1999.

*Сергеева А. В.* Русские: Стереотипы поведения, традиции, ментальность. М., 2005.

*Созонтов А. Е.* Проблема здоровья с позиций гуманистической психологии // Вопросы психологии. 2003. № 3.

Социальные проблемы медицины // Под ред. А. Я. Боярского, Б. Я. Смуглевича. М., 1968.

*Стефаненко Т. Г.* Этнопсихология. М., 2003.

*Стефенсон Дж. М.* Прикладная социальная психология // Перспективы социальной психологии / Под ред. М. Хьюстона, В. Штребе, Дж. М. Стефенсона. М., 2001. С. 579–597.

*Тейлор Ш., Пипло Л., Сирс Д.* Социальная психология. М., 2004.

*Тихомандрицкая О. А.* Ценности и самоотношение на этапе юношеской социализации: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000.

Толково-словообразовательный словарь / Под ред. Т. Ф. Ефремовой. М., 2000.

*Туманов С. В.* Образ здорового и больного человека в обыденном сознании // Образ жизни и здоровья населения новых независимых государств / Под ред. Х. Хаерпфера, Д. Ротмана, С. Туманова. Минск, 2003.

*Тхостов А. III.* Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Серия 14. 1993. № 1.

*Тхостов А. III.* Психология телесности. М., 2002.

*Тюменев А. И.* Евреи в древности и в Средние века. М., 2003.

*Улыбина Е. В.* Психология обыденного сознания. М., 2001.

*Фасмер М.* Этимологический словарь русского языка. М., 2004.

*Фуко М.* Рождение клиники. М., 1998.

*Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность. М., 1986.

Чумной бунт // Большая Советская Энциклопедия. Т. 29. М., 1978.

*Шахтмейстер И. Я.* Проказа // Большая Советская Энциклопедия. Т. 21. М., 1975.

*Abric J-C.* A structural approach to social representations // Representations of the social: bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogene. Oxford, 2001.

*Abric J-C.* Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamic of social representations // Papers on Social Representations. 1993. № 2.

*Abric J-C.* La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales // Méthodes d'étude des représentation sociales / J-C. Abric. Ramonville Saint-Agne, 2003.

*Adam P.* Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le sida. Thèse pour le Doctorat en Sociologie. P., 1997.

*Ajzen A.* Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and theory of planned behavior // Journal of applied social psychology, 2002a. Vol. 32.

*Ajzen A.* Residual effects of past on later behavior: habituation and reasoned action perspectives // Personality and social psychology review, 2002b. Vol. 6, № 2.

*Ajzen A.* The theory of planned behavior // Organizational behaviour and human decision processes, 1991. Vol. 50. № 2.

*Ajzen A., Fishbein M.* Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes // European review of social psychology, 2000. Vol. 11.

*Ajzen A., Fishbein M.* The influence of attitudes on behavior // The handbook of attitudes / Eds. by D. Albarracin, B. T. Johnson, M. P. Zanna, Mahwah, 2005.

*Ajzen A., Fishbein M.* Understanding attitudes and predicting social behavior, Englewood-Cliffs, 1980.

*Albarracin D., Johnson B. T., Fishbein M., Muellerleile P.* Theories of reasoned action and planned behavior as model of condom use: a meta-analysis // Psychological bulletin, 2001. Vol. 127. № 1.

*Anderson E. S., Winett R. A., Wojcik J. R.* Social-cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers: A structural equation analysis // Health psychology, 2000. Vol. 19. № 5.

*Apostolidis T.* Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif: la logique relationnelle des comportements sexuels et le prévention du sida // Connaissances,

représentations, comportements: sciences sociales et prévention du sida / Eds. M. Calvez, G. Paicheler, Y. Souteyrand, P., 1994.

*Apostolidis T.* Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques // Méthodes d'étude des représentations sociales / J-C. Abric. Ramonville Saint-Agne, 2003.

*Armitage C., Conner M., Norman P.* Differential effects of mood on information processing: evidence from the theories of reasoned action and planned behaviour // European journal of social psychology, 1999. Vol. 29. № 2.

*Augustinos M., Walker I.* Social cognition № L., 1995.

*Bandura A.* Going global with social cognitive theory: from prospect to paydirt // The rise of applied psychology. New frontiers and rewarding careers. Mahwah, 2005a.

*Bandura A.* Self-efficacy: towards unifying theory of behavior change // Psychological bulletin, 1977. Vol. 84.

*Bandura A.* Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection // Preventing AIDS: theory and methods of behavioral interventions / Ed. by R. J. DiClemente, J. L. Peterson, N.Y., 1994.

*Bandura A.* Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. NJ., 1986.

*Bandura A.* The evolution of social cognitive theory // The great minds in management / Eds. by K. G. Smith, M. A. Hitt, Oxford, 2005b.

*Bandura A.* The growing centrality of self-regulation in the promotion of health and disease prevention // The European health psychologist, 2005c. № 1.

*Bandura A.* Health promotion from the perspective of social cognitive theory // Psychology and health, 1998.

*Barbot J.* Recherche médicale et mobilisation collective. Les cas des associations de lutte contre le sida. Thèse pour le Doctorat de Sociologie. P., 2000.

*Bauer M., Gaskell G.* Towards a paradigm for research on social representations // Journal for the theory of social behaviour, 1999. Vol. 29.

*Bishop G.* Lay representations of physical symptoms // Journal of applied social psychology, 1987. Vol. 17. № 1.

*Bonnec Y.* Identité régionale, nationale et européenne. Organisation et statut de la mémoire sociale au sein des représentations sociales // La mémoire sociale: Identités et Représentations Sociales / Eds. by S. Laurens, N. Roussiau. Rennes, 2002.

*Bovina I., Butera F.* Willingness to engage in AIDS-related social activism as a function of minority status and consequent social representations. Paper presented at the conference Promoting Public Health: A Social Psychological Perspective. Questioning existing models of prevention and developing new paths that promote health. Abstracts. Chambery, 10–12 May, 2001.

*Bozionelos G., Bennet P.* The theory of planned behaviour as predictor of exercise // Journal of health psychology, 1999. Vol. 4.

*Breakwell G.* Social representational constraints upon identity processes // Representations of the social: bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogène, Oxford, 2001.

*Buunk B. P., Mussweiler T.* New directions in social comparison research // European journal of social psychology, 2001. Vol. 31. № 2.

*Campbell J., Mays M. Z., Yuan N. P., Muramoto M. L.,* Who are health influences? Characterizing a sample of tobacco cessation interveners // American journal of health behaviour, 2007. Vol. 31.

*Chan B. M.* When pestilence prevails: a test on a physicians moral duty to treat // The proceedings of the 12<sup>th</sup> annual history of medicine days / Ed. by W. A. Whitelaw. 21–22<sup>nd</sup> of March 2003, University of Calgary.

*Clark L.* Social cognition and health psychology // Handbook of social cognition / Eds. by R. S. Wyer, T. K. Srull. Hillsdale, 1994.

*Clavandier G.* L'épidémie du sida, une mort collective? // Cahiers de sociologie économique et culturelle, 2000. N° 34.

*Clémence A.* Social positioning and social representations // Representations of the social: bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogène, Oxford. 2001.

*Clemence A.* Sens et analyse des différences dans les représentations sociales // Méthodes d'étude des représentations sociales / J-C. Abric. Ramonville Saint-Agne, 2003.

*Courtial J-P.* Analyse dynamique des représentations sociales des chercheurs: le cas d'autisme // Papers on social representations, 1999, N° 8

*Crawford R.* The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS // Social science and medicine, 1994. N° 38.

*Croyle R. T., Hunt J. R.* Coping with health threat: social influence processes in reactions to medical test results // Journal of personality and social psychology, 1991. Vol. 60.

*de Rosa A. M.* Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale // Connexions, 1988. Vol. 51. N° 1.

*Dijker A., Koomen W.* Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill person // Basic and applied social psychology, 2003. Vol. 25. N° 1.

*Doise W.* Levels of explanation in social psychology. Cambridge, 1986.

*Doise W., Clémence A., Lorenzi-Cioldi, F.* Représentations sociales et analyses de données. Grenoble, 1992.

*Douglas M., Calvez M.* The self as risk-taker: A cultural theory of contagion in relation to AIDS // Sociological Review. 1990. Vol. 38.

*Durif-Bruckert C.* Le transfert des savoirs de santé vers le grand public: complexité méthodologique et enjeux psychosociaux // Les savoirs du quotidien/ Sous la dir. V. Haas, Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

*Duveen G.* Representations, identities, resistance // Representations of the social: bridging theoretical traditions / Eds. by K. Deaux, G. Philogène. Oxford. 2001.

*Duveen G., Lloyd B.* Introduction // Social representations and the development of knowledge / Ed. by G. Duveen, B. Lloyd, Cambridge, 1990.

*Eiser J. R., Morgan M., Gammage P., Gray E.* Adolescent smoking: attitudes, norms and parental influence // British journal of social psychology, 1989. Vol. 28.

*Epstein S.* Impure science: AIDS, activism and politics of knowledge. Berkley, 1996.

*Farr R.* La représentation collective de l'individu // Bulletin de psychologie, 2001, Tome 54. N° 6.

*Farr R.* Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: a theoretical overview // Representations of health, illness and handicap / Ed. by I. Markova, R. Farr, Chur, 1995.

*Festinger L.* A theory of social comparison processes // Human relations, 1954. N° 7.

*Fiske S., Taylor S.* Social cognition. N.Y., 1994.

*Flament C., Rouquette M. -L.* Anatomie des idées ordinaires. P. 2003.

*Flick U.* Qualitative inquiries into social representations of health // Journal of health psychology, 2000, N° 5.

*Flick U., Fischer C., Neuber A., Schwartz F. W., Walter U.* Health in the context of growing old: social representations of health // *Journal of health psychology*, 2003. Vol. 8. № 5.

*Forsterling F.* Does scientific thinking lead to success and sanity? An integration of attribution and attributional models // *European review of social psychology*, 2002.

*Foster J.* Beyond otherness: controllability and location in mental health service clients' representations of mental health problems // *Journal of health psychology*, 2003. Vol. 8. № 5.

*Foster J.* Representational projects and interacting forms of knowledge // *Journal for the theory of social behaviour*, 2003. Vol. 33. № 3.

*Foster J.* Unification and differentiation: a study in social representation of mental illness // *Papers on social representations*, 2001. Vol. 10.

*Foucault M.* Madness and civilisation L., 1995.

*Galli I., Fasanelli R.* Health and illness: a contribution to the research in the field of social representations // *Papers on social representations*, 1995. № 4.

*Giami A., Schiltz M. -A.* Representations of sexuality and relations between partners: Sex research in France in the era of AIDS // *Annual review of sex research*, 1996. № 7.

*Goffman I.* Stigma: notes on the management of spoiled identity, N.Y., 1963.

*Goodwin R., Realo A., Kwiakowska A., Kozlova A., Nguyen Luu L. A., Nizharadze G.* Values and sexual behavior in Central and Eastern Europe // *Journal of health psychology*, 2002. Vol. 7.

*Graves K. D.* Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: A meta-analysis of psychosocial intervention components // *Health psychology*, 2003. Vol. 22. № 2.

*Gremy I., Beltzer N., Echevin D.* Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France: évolutions 1992–1994–1998–2001. P., 2001.

*Grize J-B., Vergès P., Silem A.* Salariés face aux nouvelles technologies: vers une approche socio-logique des représentations sociales. P., 1987.

*Haas V., Jodelet D.* Pensée et mémoire sociale // *Psychologie Sociale* / Ed. by J.-P. Pétard. P., 1999.

*Handbook of psychology: health psychology. Vol. 9* / Eds. by A. M. Nezu, C. M. Nezu. P. A. Geller, № J., 2003.

*Herek G. M.* Thinking about AIDS and stigma: a psychologist's perspective // *Journal of law, medicine and ethics*, 2002a. № 30.

*Herek G. M., Capitanio J. P., Widaman K. F.* HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991–1999 // *American journal of public health*, 2002b. Vol. 92. № 3.

*Herzlich C.* Health and illness: a social psychological analysis. L., 1973.

*Herzlich C.* Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social // *La perception quotidienne de la santé et de la maladie* / Ed. by U. Flick P., 2006. P. 40–60.

*Herzlich C.* Vingt ans après... l'évolution d'une épidémie // *Etudes*, 2002. № 396.

*Herzlich C., Pierret J.* Une maladie médiatisée: le sida dans dix quotidiens français. Rapport Cermes, P., 1988.

*Herzlich C., Pierret J.* Illness and society. Baltimore, 1987.

*Holton J.* The scientific imagination: case studies. Cambridge-N.Y., 1978.

*Howarth C.* A social representations is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory // *British journal of social psychology*, 2006. Vol. 45.

*Janis I. L., Mann L.* Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. L., 1977.

*Jodelet D.* Folies et représentations sociales. P., 1989.

*Jodelet D.* Les représentations sociales dans le champ de la culture // *Informations sur les sciences sociales*, 2002. Vol. 41. № 1.

*Jodelet D.* Les représentations sociales. P., 1984.

*Joffe H.* Risk and «the Other». Cambridge, 1999.

*Joffe H.* Social representations and health psychology // *Social science information*, 2002. Vol. 41. № 4.

*Joffe H.* The shock of the new: a psycho-dynamic extension of the social representational theory // *Journal for the theory of social behaviour*, 1996. Vol. 26. № 2.

*Joffe H., Bettega N.* Social representations of AIDS among Zambian adolescents // *Journal of health psychology*, 2003. Vol. 8. № 5.

*Jovchelovitch S.* Social representations, public life and social construction // *Representations of the social: bridging theoretical traditions* / Ed. by K. Deaux, G. Philogène. Oxford, 2001.

*Jovchelovitch S., Gervais M. -C.* Social representations of health and illness: the case of the Chinese community in England // *Journal of community and applied psychology*, 1999, № 9.

*Kashima Y., Gallois C., McCamish M.* The theory of reasoned action and cooperative behaviour: it takes two to use a condom // *British journal of social psychology*, 1993. Vol. 32.

*Kelley H. H., Michela J. L.* Attribution theory and research // *Annual review of psychology*, 1980. Vol. 31.

*Klein M.* Notes on some schizoid mechanisms // *International journal of psychoanalysis*, 1946.

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en France en 2001. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. P., 2001.

*Leventhal H., Diefenbach M.* The active side of illness cognition // *Mental representation in health and illness* / Eds. by J. A. Skelton, R. T. Croyle, N.Y., 1991.

*Lupton D.* Archetypes of infection: people with HIV / AIDS in the Australian press in the mid 1990s // *Sociology of health and illness*, 1999. Vol. 21. № 2.

*Major B., Mueller P., Hildebrandt K.* Attributions, expectations and coping with abortion // *Journal of personality and social psychology*, 1985. Vol. 48.

*Markova I.* Amédée or how to get rid of it: social representations from a dialogical perspective // *Culture and psychology*. № 6.

*Markova I.* Dialogicality and social representations. Cambridge, 2003.

*Markova I., Wilkie P.* Concepts, representations and social change: the phenomenon of AIDS // *Journal for the theory of social behaviour*, 1987. Vol. 17.

*Masel M. C., Rudkin L. L., Peek M. K.* Examining role of acculturation in health behaviors of older Mexican Americans // *American journal of health behaviour*, 2006. Vol. 30.

*Matarazzo J. D.* Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology // *American psychologist*, 1980. Vol. 35.

*Melucci A., Avritzer L.* Complexity, cultural pluralism, democracy: collective action in the public space // *Social science information*, 2000. Vol. 39. № 4.

Mémoire de la France. Des origines à nos jours / Sous la direction N. Laneyrie-Dagen. P., 2003.

*Mendès-Leite R., Proth B.* Statut sérologique et militantisme: enjeux et paradoxes de l'engagement et du vécu (Le cas du groupe de prévention gay de l'association Aides) Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. P., 1999.

*Menec V. H., Perry R. P.* Reactions to stigmas: the effect of targets age and controllability of stigmas // *Journal of aging and health*, 1995. Vol. 7. № 3.

*Meyer D., Leventhal H., Gutmann M.* Commonsense models of illness: the example of hypertension // *Health and psychology*, 1985. Vol. 4.

*Moatti J-P., Dab W., Pollak M.* Les attitudes et comportements des Français face au sida // *La Recherche*, 1990.

*Moatti J-P., Dab, W., Pollak M* Les Français et le sida. *La Recherche*, 1992. № 23.

*Moatti J-P., Gremy I., Obadia Y., Bajos N., Doré V., et le groupe KABP / ACSF.* Sida: dernière enquête nationale // *La Recherche*, 1995. № 282.

*Moliner P.* Une approche chronologique des représentations sociales // *La dynamique des représentations sociales* / Ed. by P. Moliner, Grenoble, 2001.

*Moliner P., Vidal J.* Stéréotype de la catégorisation et noyau de la représentation sociale // *Revue internationale de psychologie sociale*, 2003. Vol. 16.

*Morant N.* What is mental illness? Social representations of mental illness // *Papers on social representations*, 1995. Vol. 4. № 1.

*Morant N.* Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // *British journal of social psychology*, 2006. Vol. 45.

*Moscovici S.* Introductory address // *Papers on Social Representations*, 1993. Vol. 2. № 3.

*Moscovici S.* La Psychanalyse: son image et son public. P., 1961.

*Moscovici S.* La Psychanalyse: son image et son public. 2<sup>ème</sup> ed. P., 1976.

*Moscovici S.* Psychologie des minorités actives. P., 1979.

*Moscovici S.* The phenomenon of social representations // *Social representations* / Ed. by R. Farr, S. Moscovici, Cambridge, 1984.

*Moscovici S.* The phenomenon of social representations // *Social representations: explorations in social psychology*. S. Moscovici / Ed. by G. Duveen, N.Y., 2000.

*Moscovici S.* Why a theory of social representations // *Representations of the social: bridging theoretical traditions* / Ed. by K. Deaux, G. Philogene. Oxford. 2001.

*Moscovici S., Vignaux G.* Le concept de thémata // *Structures et transformations des représentations sociales* / Ed. C. Guimelli, Neuchâtel, 1994.

*Moulin P.* Cancer & sida ... ou les métaphores du désordre contemporain // *Les savoirs du quotidien* / Ed. by V. Haas, Rennes, 2006.

*Nascimento-Schulze C. M., Fontes Garcia Y., Costa Arruda D.* Health paradigms, social representations of health and illness and their central nucleus // *Papers on social representations*, 1995. № 4.

*Orfali B.* Active minorities and social representations: two theories, one epistemology // *Journal for the theory of social behaviour*, 2002. Vol. 32. № 4.

*Paicheler G.* Perception of HIV risk and preventive strategies: a dynamic analysis // *Health*, 1999. Vol. 3. № 1.

*Paicheler G., Laurindo da Silva L., Sitbon N.* La communication publique sur le sida en France. Un bilan des stratégies et des actions 1987–1996. P., 2000.

*Paicheler G., Quemain A.* Interprétation des connaissances et prise de conscience du risque. P., 1994.

*Paicheler G., Quemain A.* Le public face à la menace du sida. P., 1996.

*Palosuo H., Zhuravleva I., Uutela A., Lakomova. N., Shilova L.* Perceived health, health-related habits and attitudes in Helsinki and Moscow: a comparative study of adult populations in 1991. Helsinki, 1995.

*Pärna K., Rahu K., Fischer K., Mussalo-Rauhamaa H., Zhuravleva I., Umbleja T., Rahu M.* Smoking and associated factors among adolescents in Tallinn, Helsinki and Moscow: a multilevel analysis // Scandinavian journal of public health, 2003.

*Paulus P. B., Dugosh K. L., Dzindolet M. T., Coskun H., Putman V. L.* Social and cognitive influences in group brainstorming: predicting production gains and losses // European review of social psychology, 2002. Vol. 12.

*Peterson C., Seligman M.* Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence // Psychological review, 1984. Vol. 91.

*Peterson C., Seligman M., Vaillant G.* Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study // Journal of personality and social psychology, 1988. Vol. 55.

*Petrillo G.* Changes in social representations of mental illness: the last twenty-five years on the Italian press // Papers on social representations. 1996. Vol. 5.

*Philogene G.* A theory of methods // Representations of the social: bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogene, Oxford. 2001.

*Pierret J.* Constructing discourses about health and their social determinants // Worlds of illness. Biographical and cultural perspectives on health and illness / Ed. A. Radley. L., N.Y., 1993.

*Pierret J.* Vivre avec la contamination par le VIH: contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix // Sciences sociales et santé, 2001. Vol. 19. № 3.

*Piko B. F.* Interplay between self and community: a role for health psychology in Eastern Europe's public health // Journal of health psychology, 2004. Vol. 9. № 1.

*Plavina L.* Characteristics of the students physical activity and health-related behaviour // Papers of anthropology, 2006, XV.

*Prochaska J. O., DiClemente C. C., Norcross J. C.* In search of how people change: applications to addictive behaviours // American psychologist, 1992. Vol. 47. № 9.

*Radley A., Billing M.* Accounts of health and illness: dilemmas and representations // Sociology of health and illness, 1996. Vol. 18. № 2.

*Rhodes R. E., Courneya K. S.* Modelling the theory of planned behaviour and past behaviour // Psychology, health, medicine, 2003. Vol. 8. № 1.

*Rogers R. W.* A protection motivation theory of fear appeals and attitude change // Journal of psychology, 1975. Vol. 91.

*Roland-Lévy G.* Passage du franc à l'euro: représentation sociale et attitude // Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2002. Vol. 55.

*Roussiau N., Bonardi C.* Quelle place occupe la mémoire sociale dans le champ des représentations sociales // La mémoire sociale: identités et représentations sociales / Ed. by S. Laurens, N. Roussiau. Rennes, 2002.

*Rozman E. B., Sabini J.* Something it takes to be an emotion: the interesting case of disgust // Journal for the theory of social behaviour, 2001. Vol. 31. № 1.

- Rozin P.* The process of moralization // Psychological science, 1999. Vol.10. № 3.
- Rozin P., Nemeroff C.* The law of sympathetic magic: a psychological analysis of similarity and contagion // Cultural psychology: essays on comparative human development / Ed. by J. W. Stigler, G. Herdt, R. A. Sweder. N.Y.: Cambridge press, 1990.
- Rye B. J., Fisher W. A., Fisher J. D.* The theory of planned behavior and safer sex behaviors of gay men // AIDS and behavior, 2001. Vol. 5.
- Sa C. P., Oliveira D. C.* Sur la mémoire sociale de la découverte du Brésil // La mémoire sociale: identités et représentations sociales / Ed. by S. Laurens, N. Roussiau. Rennes, 2002.
- Salovey P., Rothman A., Rodin J.* Health behavior // The handbook of social psychology: vol. 2 / Ed. by D. Gilbert, S. Fiske, G. Lindzey, N.Y., 1998.
- Scheibler-Meissner P.* United Europe – vivre la différence? Social representations of health in Britain, France, Spain and Germany // Les cahiers du GEIRSO, 2005. Vol. 1. № 6.
- Schoeneman T., Schoeneman K., Obradovic, J.* Social representations of AIDS: pictures in abnormal psychology textbooks, 1984–2001. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society, June 9–12, 2002, New Orleans, LA.
- Schwarzer R., Gutierrez-Don°a B.* Health psychology // International handbook of psychology / Ed. by K. Pawlik, M. R. Rozenzweig, L., 2000.
- Setbon M.* La normalisation paradoxe du Sida // Revue française de sociologie, 2000. Vol. 41. № 1.
- Sheeran P.* Intention-behavior relations: a conceptual and empirical review // European review of social psychology, 2002. Vol. 12.
- Sheeran P., Conner M., Norman P.* Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? // Health psychology, 2001, Vol 20. № 1.
- Sherif M.* The Psychology of social norms. N.Y., 1936.
- Simon B., Strumer S., Steffens K.* Helping individuals or group members? The role of individual and collective identification in AIDS volunteerism? // Personality and social psychology bulletin, 2000. Vol. 26.
- Simonnet-Toussaint C, Lecigne A, Keller P-H.* Les représentations sociales du vin chez de jeunes adultes // Journal international des sciences de la vigne et du vin, 2004. Vol. 38. № 2.
- Snyder M., Omoto A., Crain A. L.* Punished for their good deeds // American behavioral scientist, 1999. Vol. 42. № 7.
- Social psychology of health / Ed. by P. Salovey, A. Rothman, N.Y., 2003.
- Sontag S.* Illness as metaphor, N.Y., 1983.
- Sontag S.* Sida et ses métaphores, P., 1989.
- Sotirakopoulou K. P., Breakwell G. M.* The use of different methodological approaches in the study of social representations // Ongoing production on social representations, 1992. № 1.
- Stockdale J.* The self and media messages: match or mismatch? // Representations of health, illness and handicap/ Ed. by I. Markova, R. M. Farr. Chur: Harwood Academic Publishers, 1995.
- Stone J., Cohen F., Adler N. E.* Health psychology – a handbook. San Francisco, 1979.
- Stroebe W.* Social psychology and health. Buckingham, 2000.
- Strong P.* Epidemic psychology: model // Sociology of health and illness, 1990. Vol. 12. № 3.

*Taylor S. E.* Health psychology: the science and the field // American psychologist, 1990. № 1.

*Taylor S. E., Lobel M.* Social comparison activity under threat: downwards evaluation and upwards contacts // Psychological bulletin, 1989. Vol. 69.

*Taylor S. E., Kemeny M. E., Aspinwall L. G., Schneider S. G., Rodriguez R., Herbert M.* Optimism, coping, psychological distress, and high risk behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome // Journal of personality and social psychology, 1992. Vol. 63. № 3.

*Velicer W. F., Prochaska J. O., Fava J. L., Norman G. J., Redding C. A.* Smoking cessation and stress management: application of the transtheoretical model of behaviour change // Homeostasis, 1998. № 38.

*Vergès P.* L'Evocation de l'argent: une methode pour la définition du noyau central d'une représentation // Bulletin de psychologie. 1992, Tome XLV. № 405.

*Wagner W., Duveen G., Verma J., Thamel M.* "J'y crois sans y croire" polyphasie cognitive et transformations culturelles // Les savoirs du quotidien / Ed. by V. Haas, Rennes, 2006.

*Wagner W., Valencia J., Elejabarrieta F.* Relevance, discourse and the "hot" stable core of social representations: a structural analysis of word associations // British journal of social psychology. Vol. 35.

*Warwick I., Aggleton P., Homans H.* Constructing commonsense: young people's beliefs about AIDS // Sociology of Health and Illness, 1988. № 10.

*Weinstein N. D.* Accuracy of smokers' risk perceptions// Nicotine and tobacco research, 1999.

*Weinstein N. D.* Unrealistic optimism about future life events // Journal of personality and social psychology, 1980. Vol. 39.

*Weinstein N. D., Rothman A. J., Sutton S. R.* Stage theories of health behaviour: conceptual and methodological issues // Health psychology, 1998. Vol. 17. № 3.

*Wilkinson I.* Social theories of risk perception: at once indispensable and insufficient// Current sociology, 2001. Vol. 49.

*Wills T.* Downward comparison principles in social psychology // Psychological bulletin, 1981. Vol. 90.

*Zajonc R. B.* Styles of explanation in social psychology // European journal of social psychology, 1989. Vol. 19. № 5.

*Zani B.* The mentally ill person and the others: social representations and interactive strategies // Representations of health, illness and handicap / Ed. by I. Markova, R. Farr. Chur. 1995.

## Оглавление

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Предисловие .....                                                                                                                | 3          |
| <b>Глава 1. Социокультурные и исторические особенности представлений о здоровье и болезни .....</b>                              | <b>5</b>   |
| 1.1. От бубонной чумы до «чумы XXI века»: коллективная угроза и индивидуальная защита .....                                      | 5          |
| 1.2. «Следы» прошлых эпидемий: язык, литература и искусство .....                                                                | 24         |
| 1.3. Социальное значение здоровья и болезни .....                                                                                | 28         |
| <b>Глава 2. Здоровье и болезнь как проблема исследования в социальной психологии .....</b>                                       | <b>38</b>  |
| 2.1. От психологии здоровья к социальной психологии здоровья и болезни .....                                                     | 38         |
| 2.2. Социально-психологические подходы к изучению здоровья и болезни .....                                                       | 44         |
| <b>Глава 3. Обыденные представления о здоровье и болезни: иной подход к проблеме .....</b>                                       | <b>95</b>  |
| 3.1. Теория социальных представлений .....                                                                                       | 95         |
| 3.2. Особенности представлений о здоровье и болезни .....                                                                        | 122        |
| <b>Глава 4. Прошлое в настоящем: роль коллективной памяти в формировании социальных представлений о здоровье и болезни .....</b> | <b>143</b> |
| 4.1. Динамика социальных представлений о здоровье и болезни .....                                                                | 143        |
| 4.2. Рождение нового представления .....                                                                                         | 171        |
| <b>Глава 5. Опасные «другие»: социальные представления о больных и готовность им помочь .....</b>                                | <b>194</b> |
| 5.1. «Не-я» — «другие»: социальные представления о больных СПИДом .....                                                          | 194        |
| 5.2. Кто готов помогать «другим»? От социальных представлений о СПИДе и о больных СПИДом к действиям .....                       | 210        |
| 5.3. «Молчание» как превентивная стратегия в эпоху СПИДа .....                                                                   | 220        |
| <b>Глава 6. От социальных представлений о здоровье к социальным представлениям о здоровом образе жизни .....</b>                 | <b>229</b> |
| 6.1. «В здоровом теле — здоровый дух»? Анализ профессиональных социальных представлений о здоровом образе жизни .....            | 229        |
| 6.2. Здоровый образ жизни в действии .....                                                                                       | 235        |
| Заключение .....                                                                                                                 | 245        |
| Литература .....                                                                                                                 | 251        |

*Научное издание*

**Бовина Инна Борисовна**

**СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

Ведущий редактор *Л. Н. Шипова*

Корректор *А. А. Барина*

Художник *Д. А. Сенчагов*

Компьютерная верстка *С. А. Артемьевой*

Подписано к печати 31.10.2008. Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Гарнитура «NewtonС». Печать офсетная. Усл. печ. л. 16,5.

Тираж 500 экз. Заказ №

ЗАО Издательство «Аспект Пресс»

111141, Москва, Зеленый проспект, д. 8.

E-mail: [info@aspectpress.ru](mailto:info@aspectpress.ru); [www.aspectpress.ru](http://www.aspectpress.ru)

Тел.: (495)306-78-01, 306-83-71

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных  
диапозитивов в Московской типографии ООО «Информполиграф»

111123, Москва, ул. Плеханова, д. За